

T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı

BURSA İLİNDE 9-15 YAŞ ARASINDAKİ BİR ÖRNEKLEM  
GRUBUNDA ÇOCUK ve ERGENLERDE  
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN  
EPİDEMIYOLOJİK ve FENOMENOLOJİK ÖZELLİKLERİ

T 88646

UZMANLIK TEZİ

Dr. Neslim Güvendeğer

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı

Danışman: Prof.Dr. Suna Taneli

BURSA 1998

## İÇİNDEKİLER

### SAYFA NO

#### KISALTMALAR

ÖZET..... 1-8

GİRİŞ VE AMAÇ..... 9-10

GENEL BİLGİLER..... 11-38

#### GEREÇ VE YÖNTEM

3-1 ÖRNEKLEM GRUBU..... 38-42

3-2 DEĞERLENDİRME..... 43-44

3-3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ..... 44

#### SONUÇLAR

4-1 Tanı gruplarında bozukluğun görülme oranı,..... 45-47  
Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

4-2 Anket ve Çocuktan Alınan Yanıtların Değerlendirilmesi ..... 48-51

4-3 Tanı Koymada Kullanılan Değişik Yöntemlerin Karşılaştırılması 51-53

4-4 OKB ve Subklinik OKB'nin Saptanma Yaşı ..... 53-54

4-5 OKB ve Subklinik OKB'nin Başlama Yaşı ..... 54

4-6 OKB Tanısı Alanlarda Şiddet Derecesi ..... 54-55

4-7 Fenomenolojik Özellikler (Obsesyonlar ve kompulsiyonlarla ..... 55-65  
ilgili veriler)

4-8 OKB'ye Eşlik Eden Özelliklerle İlgili Veriler ..... 65-66

4-9 Presipitan Faktörler ve Semptomların Zaman İçinde Değişkenliği 66-68

TARTIŞMA.....69-85

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>85-87</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>88-97</b>
<b>EKLER-1 .....</b>	<b>98-100</b>
<b>EKLER-2 .....</b>	<b>101-102</b>
<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>103</b>

## **KISALTMALAR**

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**KGİ:** Klinik Global İzlenim

**LOI:** Leyton Obsesif-Kompulsif Envanteri

**OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk

**OKKB:** Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

**SCID-OP ve P:** Structured Interview for DSM-III-R-Outpatient-Patient

**SSRI:** Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü

**TB:** Tourette Bozukluğu

**Y-BOCS:** Yale Brown Obsessive Compulsive Scale

## ÖZET

Çalışmamızın amacı; Bursa merkez ilçelerinden alınan bir örneklem grubunda, çocuk ve ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluğun görülme oranını, sosyodemografik özelliklerini ve fenomenolojisini araştırmak, geniş bir kitleyi içeren toplumsal örneklem tabanında, velilerin çocukları için cevaplandıracağı, en geçerli değerlendirmeyi yapmaya yönelik, pratik bir OKB tarama ölçeği geliştirmek, çocuk ve ergenlere OKB tanısının konulmasında, değişik yöntemlerin karşılaştırılıp, en etkin yöntemin sentez edilmesidir.

Bu amaçla, Bursa iline ait iki merkez ilçeden (Osmangazi ve Nilüfer ilçeleri), toplam 7 ilköğretim okulunun ve bir özel okulun 4-8. sınıfları çalışmaya alınmıştır. Veliler tarafından doldurulmak üzere, çocuklarda Obsesif Kompulsif Bozukluğu taramaya yönelik, DSM-III-R, DSM-IV tanı kriterleri ve Berg (1989) tarafından yayınlanmış, Döpfner (1992) tarafından almancaya uyarlanmış olan Çocuklar için Yale-Brown Obsesif kompulsif Bozukluk Skalasının, Prof Dr. Suna Taneli tarafından türkçeye çevrilmiş ve bir klinik grubunda, tarafımızdan test edilmiş olan şeklinin semptom kriterlerine göre, hazırlanmış olduğumuz bir anket formu ve mektup, toplam 1709 çocuğun velisine ulaştırılmış, 1556 çocuğun velisinden (%91.0) anket cevapları geri toplanabilmiştir. Anket cevaplarına göre, en az bir semptomun velisi tarafından “mevcut” olduğu nitelendirilen, toplam 805 çocukla bireysel görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede çocuklara önce, DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterlerine göre, bir görüşme uygulanmıştır. Ardından, çocuklar, DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesinin ayaktan hasta formu'na (SCID-OP) göre değerlendirilmişlerdir. Daha sonra, değerlendirmeler sadece DSM kriterlerine göre yapıldığı zaman, erişkinler için geçerli olan kriterlerin, çocuklara tanı koymada tam yeterli olmadığı kanısına varılmış ve ek

olarak, Klinik Global İzlenimin (KGİ) de değerlendirmeye katılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Bu değerlendirmelere göre klinik ve subklinik OKB tanısı almış olan çocuklara, çocuklar için geliştirilmiş olan Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Skalası'nın (Y-BOCS Çocuk Versiyonu), Prof Dr. Suna Taneli tarafından türkçeye çevrilmiş ve bir klinik grubunda, tarafımızdan test edilmiş olan şekli uygulandıktan sonra, sonuçlar değerlendirildiğinde, KGİ ve Y-BOCS'a göre tanı koyma yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Buna dayanarak ve de veriler objektif bir ölçek skalasıyla değerlendirildiği için bu çalışmada tanı gruplarının oranlarıyla ilgili hesap ve tartışmalar Y-BOCS'un sonuçları esas alınarak yapılmıştır. Bu bulgular sonucunda, DSM erişkin tanı kriterleri, çocuklara tanı koymak için uygun olmakla birlikte; görüşme esnasında kriterlerin katı bir şekilde sorgulanmasından ziyade, ilk etapta semptomlara yönelik açık uçlu sorularla örnekler zenginleştirildiği takdirde, çocuğun konuyu daha iyi anlayıp, kendisini daha rahat hissedeceği, bu ortamın sağlanmasından sonra, çocuğun olaya emosyonel katılımının da göz önüne alınmasının, vakaların gözden kaçırılma oranını düşüreceği düşünülmektedir.

Sonuçlar, Bursa merkez ilçelerinden, yaş ortalaması  $11.99 \pm 1.39$  olan bir örneklem grubunda OKB ve subklinik OKB'nin görülme oranını göstermektedir. 1556 kişi üzerinden değerlendirildiğinde; OKB grubunda, bozukluğun görülme oranı %5.1 olarak hesaplanmıştır. Bu oran kızlarda %2.7, erkeklerde %2.4'tür. Subklinik grupta, bozukluğun görülme oranı %5.1 olarak hesaplanmış olup, bu oran kızlarda %2.0, erkeklerde ise % 3.1'dir.

Bireysel değerlendirmeler sonucunda 80 çocuk OKB (%9.9), 80 çocuk subklinik OKB (%9.9) tanısı almıştır. 645 çocuk (%80.2) ise sağlıklı olarak değerlendirilmiştir. 805 çocuktan %11.2'si sadece geçmişte mevcut olan obsesyon ve kompulsiyon benzeri

semptomlardan bahsetmiş olup, bizim görüşmemizde “sağlıklı” grubunda değerlendirilmişlerdir.

OKB tanısı alanların, 42’si kız, 38’i erkektir. Kızlar hafifçe daha fazla olmakla birlikte kız / erkek oranı 1.1, yani yaklaşık eşittir. Subklinik OKB tanısı alanların ise, 32’si kız, 48’i erkektir. Subklinik grupta erkekler daha fazla olup, erkek / kız oranı 1.5 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda OKB grubunda ortalama başlangıç yaşı,  $8.96 \pm 2.03$ , dağılımı 4-13 yaşdır. OKB grubu şiddet dağılımı açısından gözden geçirildiğinde; şiddetin hafif olduğu olgular %66.2, şiddetin orta olduğu olgular %31.3, şiddetli olgular ise %2.5 oranında saptanmıştır. Bu sonuçlar toplumsal örnekleme bozukluğun daha çok hafif seyrettiğini düşündürmektedir. OKB grubunda sadece 4 olgu (%5), bu şikayeti için önceden hekime başvurmuştur. Şiddetli olan iki olgu ise önceden hiç hekime başvurmamıştır. Bu sonuçlar; toplumumuzda, ailelerin çocuk ruh sağlığı konusunda yeterli bilince sahip olmadıkları ve her ne kadar çocuklar tarafından gizli tutulma eğilimi yüksekse de, obsesif kompulsif bozukluğun, halk arasında yeteri kadar tanınmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda OKB’de saptanan obsesyon şekillerinin sıklık sırasına göre dağılımları; korku %50, düşünce %28.9, şüphe %15, hayal %11.3, inanç %2.5, dürtü %1.25 olarak saptanmıştır. Kompulsiyon şekilleri ise, sıklık sırasına göre; törensel davranışlar %57.5, kontrol %43.8, tekrarlama %36.3, düzenleme %33.4, yıkama %20 ve istifleme %7.5 şeklindedir.

Obsesyon kategorileri içeriklerine göre sıralandığında, OKB grubunda, impulsif şekilde kendini / diğerlerini yaralama obsesyonu %86.3, simetri-eşitlik-düzen obsesyonları %48.8, kirlilik ve hastalık obsesyonları %32.5, dini obsesyonlar %23.8, bedensel obsesyonlar ise %6.3 oranında saptanmıştır. Kompulsiyon kategorileri

içeriğine göre değerlendirildiğinde, OKB’de törensel davranışlar grubunda en sık olarak, %43.8 oranında sayı sayma kompulsiyonu saptanmıştır.

Çalışmamızda, Obsesyon kategorileri içeriklerinin alt gruplarına göre sıralandığında, OKB grubunda; korkunç birşey olacak korkusu %57.5, yanlış gidecek birşeylerden sorumlu olma düşüncesi %43.8, simetri-eşitlik-düzen ihtiyacı obsesyonları %41.3, korkunç tasarımlar %36.3, ayıp birşeylerle ya da hakaretle ortaya atılma korkusu %32.5, başkalarını yaralama korkusu %25, hasta olma endişesi %21.3, beden salgıları üzerine düşünme ya da iğrenme obsesyonları %20.0, dini obsesyonlar %20.0, kir ve hastalık yapıcılar üzerinde düşünme %17.5, kendini yaralama korkusu %15.0, başkasını hasta etme / bulaştırma endişesi %11.3, impulsif davranma korkusu %8.8 oranında saptanmıştır.

Kompulsiyon gruplarının içeriğe göre alt gruplarının dağılımında, OKB grubunda en sık olarak birşeyleri tam ve doğru yapma ihtiyacı (%40) saptanmıştır. Ek olarak, kapı, fırın, alet vs. kontrolü %36.3, dokunma %31.3, düzenleme %28.8, basamak sayma %25, sayı sayma %22.5, araba plakası ezberleme %22.5, tekrarlayıcı olarak kapıdan içeri / dışarı geçmek, sandalyeden kalkmak / oturmak %22.5, aşırı ya da törensel el yıkama %18.8, yanlış yapıp yapmadığının kontrolü %17.5, bazı sözcükleri tekrarlama kompulsiyonu %15.0, tekrar tekrar okuma %15.0, aşırı ya da törensel duş alma-banyo yapma-diş fırçalama-kendine bakım %7.5, ampul-lamba vb. sayma %6.3, ev eşyaları ya da diğer eşyaların temizliği %6.3, yoldaki arabaları sayma %6.3, zorlu istifçilik ve biriktirme %5.0, yoldaki çizgileri sayma %3.8, kötü birşey olmaması için kontrol %3.8 oranlarında saptanmıştır. En sık olarak, birşeyleri tam ve doğru yapma ihtiyacının (%40) görülmesi, OKB’li çocukların kendilerinden başarı beklentilerinin yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda, fenomenolojiye genel olarak bakıldığında, kirlilik-bulaş ve temizlik-yıkama kompulsiyonlarının sıklığı, literatürde bildiren sıklık oranlarından genel olarak daha az tespit edilmiştir. Farklılığın, bu yaş grubuna ait olacak şekilde, kültürel bazı özelliklere ve örneklem grubunun daha çok hafif şiddetteki olgulardan oluşmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Bunlar dışındaki semptomlar, oranları değişkenlik göstermekle birlikte, sıklık sırası açısından literatürde bildirilenlerle genel olarak uyumludur.

OKB grubunda “yanlış yapıp yapmadığının kontrolü”, istatistiksel olarak anlamlı şekilde, %6.3 oranında 10 yaşında başlamaktadır. Bu durum OKB’li çocukların mükemmeliyetçiliklerinin prepüberte dönemlerinden itibaren başladığının bir göstergesi olarak düşünülebilir. Subklinik OKB grubunda; “tekrarlayıcı olarak kapıdan içeri / dışarı geçmek, sandalyeden kalkmak / oturmak” semptomunun başlangıç yaşı, istatistiksel olarak anlamlı şekilde %2.6 oranında, 8 yaşında pik yapmaktadır. Bu yaştan sonra başlangıç hiç saptanmamıştır. Bu semptomun, OKB grubundaki başlama yaşı, %6.3 oranında 9 yaşında pik yapmakta, 7 yaşından 13 yaşına kadar değişik oranlarda başlayabilmektedir. Bu semptomun başlama yaşı açısından her iki tanı grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Bu sonuç subklinik semptomların sadece erken yaşlarda ortaya çıktığını, OKB semptomlarının ise 7 yaşından sonra her yaşta başlayabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, OKB grubunda; % 11.3 olguda sadece obsesyon, %7.5 olguda sadece kompulsiyon, mevcuttur. Bir ve birden çok obsesyon ve kompulsiyon ise %81.2 olguda bir arada saptanmıştır. OKB grubundaki bireylerde, belirli obsesyonların belirli kompulsiyonlarla birlikte görülebilen ilişkileri araştırıldığında, simetri-eşitlik-düzen obsesyonu ile düzen kompulsiyonu arasında, beden salgıları ile ilgili düşünce uğraşları ile aşırı / törenselleşmiş duş alma-banyo yapma, diş fırçalama arasında, beden salgıları ile ilgili



düşünce uğraşları ile ev eşyası / diğer eşyaların temizliği arasında, kir ve hastalık yapıcılar üzerine düşünme ile ev eşyası / diğer eşyaların temizliği arasında; obsesyonu olanlarda birlikte kompulsiyon görülme oranı, obsesyonu olmayıp, sadece kompulsiyonu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla saptanmıştır.

Çalışmamızda, OKB grubunda, eşlik eden özelliklerden; kararsızlık %70, obsesif yavaşlık %66.3, aşırı sorumluluk duygusu %62.5, kaçınma %55, obsesif şüphecilik %53.8 oranında saptanmış olup, bu özellikler OKB grubunda, subklinik OKB grubuna göre, anlamlı derecede daha fazla görülmektedir.

Çalışmamızda, OKB grubundaki çocukların, %45'i tarafından, şikayetlerini tetikleyici bazı faktörler bildirilmiş olup, bu oran, subklinik OKB'de bildirilen %18.7'lik orandan, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. OKB grubundaki tetikleyici faktörler arasında, en sık olarak; %12.5 oranında ailede birisinin hastalanması, %8.8 oranında ebeveynler arasında geçimsizlik, %7.5 oranında okul başarısızlığı, %6.3 oranında arkadaşlarla uyum sorunu saptanmıştır.

OKB grubunda; %48.8 olguda semptomların zaman içinde aynı kaldığı, %51.2 olguda ise, semptomların zaman içinde değişkenlik gösterdiği saptanmıştır.

Anket formunda velilerin bildirdiği semptomlarla, bireysel olarak çocuğun değerlendirilmesiyle açığa çıkan semptomlar arasındaki tutarlılık araştırıldığında, dini obsesyonlar, impulsif şekilde kendini / diğerlerini yaralama obsesyonu, sayı sayma kompulsiyonları, düzen kompulsiyonu ile ilgili sorularda velinin anket formunda verdiği cevaplarla çocuğun görüşmede verdiği cevaplar tutarlılık göstermiştir. Ancak, simetri, eşitlik, düzen obsesyonları, kirlilik ve hastalık obsesyonları, kontrol kompulsiyonu, tekrar kompulsiyonu, temizleme ve yıkama kompulsiyonu, zorlu istifçilik ve biriktirme kompulsiyonu ve diğer kompulsiyonlara ait sorularda, velinin anket formunda verdiği cevaplarla, çocuğun görüşmede verdiği cevaplar arasında tutarlılık saptanmamıştır. Bu

çalışmayla, çocuk ve ergenlerde OKB'yi taramak ve tanının konulmasına yardımcı olmak üzere, en kısa ve pratik anket formunun geliştirilebilmesi için, bir veri tabanı oluşturulmuştur ve anketin daha tutarlı sonuçlar verebilmesi açısından, sonraki çalışmalarda bu semptomlara ait soruların yeniden gözden geçirilmesine ihtiyaç vardır.

Bu çalışmanın sonuçlarıyla ilgili olarak bazı kısıtlamalar şu şekilde özetlenebilir: Seçilen örneklem grubu, Bursa merkez ilçelerinin genelindeki dağılımı tam temsil etmediği için, prevalans hızını yansıtmamaktadır. Ayrıca, görüşmeye sadece velisi tarafından bir / birden fazla semptomun var olarak işaretlendiği çocukların alınmış olması, görüşme yapılmamış olan çocuklarda bazı vakaların gözden kaçırılmış olma olasılığını akla getirmektedir. Ancak, anketle yapılan taramadan sonra, bireysel görüşme ve değerlendirmeye alınan çocuk sayısının 805 olması, bilindiği kadarıyla, bu konuda Türkiye'de yapılan ilk geniş kapsamlı toplumsal çalışmayı teşkil etmektedir. Bundan sonra da bu konuda, Bursa ili genelini temsil eden bir örneklem grubunda, anket formunun yeniden gözden geçirilip, daha geçerli hale dönüştürüldüğü, velileri tarafından şikayet bildirilmeyen çocukların da belli bir oranıyla görüşmenin yapıldığı, daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak; hastalık iyi araştırıldığı ve tanı aşamasında hem objektif kriterler, hem de hekimin kendi tecrübelerinden faydalandığı, hastanın genel durumu hakkındaki izlenimleri (KGI) göz önüne alındığı takdirde, özellikle toplumsal tabanlı örneklem gruplarında, çocuk ve ergenlerde OKB görülme oranının, eskiden düşünüldüğünden daha fazla olduğu görülmüştür. Fenomenolojik özellikler değerlendirildiğinde, çocuk ve ergenlerde, daha az şiddetli olguları içeren bir örneklem grubunda; kirlilik-hastalık obsesyonu veya temizlik-yıkama kompulsiyonunda olduğu gibi, görülme sıklığında, kültüre özgü bir sıra değişikliğinin olabileceği kanısına varılmıştır. Çalışmamızda, taramayla saptanan OKB'li olguların sadece çok küçük bir yüzdesinin, önceden bu

şikayet için hekime başvurmuş olma gerçeği ve hastalığın seyri açısından, erken tanı ve tedavinin önemi göz önüne alındığında, bozukluğun hekimler ve halk tarafından daha iyi tanınabilmesi için, bu çalışma sadece bir başlangıcı temsil etmekte olup, ülkemizde değişik bölgelerde bu konuda yapılacak, geniş tabanlı epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.



## GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk Obsesif Kompulsif Bozukluğu (OKB), Anksiyete Bozuklukları içerisinde kabul edilmektedir. Çeşitli çalışmalar, her çeşit anksiyete semptomunun her iki cinsiyet ve tüm yaştaki çocuklarda oldukça yaygın olduğunu bildirmiştir (1). OKB ile ilgili çocuk psikiyatrisi literatürü, Kanner'in 1935'deki klasik ders kitabında, çocukluk OKB'si üzerine yazılarıyla başlamıştır (2). OKB'li çocuklarla ilk geniş çalışmayı 1973'te Adams yapmıştır (3).

Çocuk ve ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk düşünüldüğünden daha sık ortaya çıkmaktadır. Erişkin Obsesif Kompulsif Bozukluğunun 1/3'de hastalığın çocuklukta başladığının bilinmesine (Rasmussen ve Eisen, 1990) rağmen, çocuk ve ergenlik döneminde hastalığa tanı sıklıkla konulamamaktadır (4). Bu yaş grubunda hastalığın atlanma nedenleri şunlara bağlı olabilir: OKB'nin belirtilerinin çocuklar tarafından sıklıkla gizli tutulması, hekimlerin çocuk ve ergen popülasyonda bu hastalığı gerektiği kadar ayrıntılı araştırmaması ve genel nedenler (hastanın gereken tanı ve tedavi kaynaklarına ulaşamaması vb.).

Çocuk ve ergen OKB'sinin epidemiyolojik bulgularıyla ilgili olarak, dünya literatüründe son yıllarda artan sayıda çalışmalar bildirilmektedir. Bu çalışmaların bazıları bu hastalığın bulgularının erişkin OKB'sinin bulgularının benzerliğine dikkati çekmiştir (2,5-8). Allsopp (1988); erişkinlikte görülen OKB'nin ergenlikte görülenin devamı olduğunu bildirmiştir (9).

Hastaların çoğu semptomlarını gizli tutma eğiliminde olup, sosyal ve akademik işlevlerde belirgin bir kayıp olmadan, bu durumu açığa vurmazlar (7). Henderson ve Pollard (1988); bu nedenle, klinik popülasyona dayalı olarak yapılan prevalans çalışmalarının genel popülasyondaki prevalansın daha azını yansıtacağını bildirmişlerdir (5). Ayrıca, klinik örneklem grubunun toplumsal tabanı temsil edebildiğini söylemek

çok zordur. Çünkü, sağlık güvencesi eksikliği ve “akıl hastalığına sahip olmanın getirdiği stigmatik özellik”, hastaneye başvuru sayısını kısıtlar. Bu nedenle toplumsal örneklerde OKB sayısı beklenenden daha fazla olabilir (10).

Klinik popülasyona dayalı çalışmalar, yukarıda açıklandığı üzere, OKB sıklığını tam yansıtamayacağı için, toplumsal örnekleme dayalı olarak yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır. Son yıllarda yapılan çeşitli çalışmalar, bu bozukluğun, düşünüldüğünden daha sık oranda ortaya çıktığını düşündürmektedir (8).

Bizim çalışmamızın amacı; Bursa'nın merkez ilçelerine ait okullardan alınan, yaşları 9-15 arasındaki çocuk ve ergenlerden oluşan bir örneklem grubunda, Obsesif Kompulsif Bozukluğun görülme oranını, sosyodemografik özelliklerini ve fenomenolojisini araştırmak, geniş bir kitleyi içeren toplumsal örneklem grubunda, velilerin çocukları için cevaplandıracağı, en geçerli değerlendirmeyi yapmaya yönelik, pratik bir OKB tarama ölçeği geliştirmek, çocuk ve ergenlere OKB tanısının konulmasında, değişik yöntemlerin karşılaştırılıp, en etkin yöntemin sentez edilmesidir. Çocuk ve ergenlerde, Obsesif Kompulsif Bozukluğun başlangıç yaşı açısından pik yaptığı düşünülen yaş grubuna, daha geniş bir perspektiften bakabilmek için, örneklem grubu 9-15 yaşları arasında (4-8.sınıflar) seçilmiştir.

## GENEL BİLGİLER

### Tanım ve Tanı Kriterleri:

Obsesyonlar; ego distonik olan, istenmeden gelen, çoğu zaman anlamsız kabul edilen, tekrarlayıcı ve ısrarlı düşünceler, hayaller veya dürtülerdir. Kompulsiyonlar ise; sıklıkla katı kurallara göre veya stereotipik şekilde yapılan bir obsesyona yanıt olarak yapılan tekrarlayıcı ve amaçlı davranışlardır (4).

DSM-IV'e (APA 1994) göre (11) Obsesif Kompulsif Bozukluğun tanı kriterleri tablo 1'de gösterilmiştir.

ICD-10'un (DSÖ 1992) tanı kriterleri (12), DSM-IV'ün kriterlerine benzer niteliktedir; ancak ek olarak obsesyon veya kompulsiyonların en az üstüste iki hafta süre ile çoğu günler bulunması gerektiğini vurgular ve Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip ile Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip ve karışık tip olmak üzere, üç alt tip tanımlamaktadır.

Subklinik OKB; semptomların OKB kriterlerini karşılamayacak şiddette olduğu, günlük yaşamla uyum sağlayacak derecede ortaya çıktığı, OKB'nin daha hafif bir formudur. Hastalığın hafif ya da erken dönemini düşündüren bulguların varlığı söz konusudur. Çocuk, arkadaşlarından farklı bir davranışı olduğunu kabul eder ve bu davranışı gizleme çabasıdadır (13). Pauls ve ark. (1995); subklinik veya eşik altı OKB'yi; OKB semptomlarının günde bir saatten az zaman alacak şekilde ortaya çıktığı, semptomların yoğun sıkıntı yaratmadığı ve işlevselliği etkilemediği, egodistonik olmayan bir tablo olarak tanımlamışlardır (14). Berg ve ark. (1989); başlangıçta OKB tanısının konulmasının hastalığın ileride de OKB şeklinde devam edeceğinin, başlangıçta subklinik OKB tanısının konulmasının ileride subklinik OKB şeklinde devam edeceğinin önceden belirleyicisi olduğunu bildirmişler, subklinik OKB'nin ileride

mutlaka OKB gelişeceği anlamına gelmeyeceğini, belirtmişlerdir (15). Valleni-Basile ve ark. (1996) ergenlere yönelik toplumsal bir örnekte benzer sonucu bulmuşlardır (6).

Tablo 1: DSM-IV'e göre OKB tanı kriterleri

<p>A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır: Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:</p> <p>(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler</p> <p>(2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.</p> <p>(3) Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.</p> <p>(4) Kişi obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür. (Düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).</p> <p>Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:</p> <p>(1) Kişinin obsesyona bir tepki olarak, ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre, yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)</p> <p>(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.</p> <p>B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.</p> <p>C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.</p> <p>D. Başka bir eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir. (Örn. Bir yeme bozukluğu olması durumunda, yemek konusu üzerinde düşünüp durma, trikotilomani olması durumunda saç çekme üzerinde durma vb.)</p> <p>E. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p>
---

Rachman ve Hodgson (1980), kompulsiyonların, obsesif düşünceden kaynaklanan anksiyete ve gerilimi etkisizleştirmek için gerçekleştirildiğini belirtmişlerdir (16).

DSM-IV'e göre, OKB tanısı koymak için etkilenen bireyde obsesyon ve / veya kompulsiyon olmalıdır. Semptomlar sıkıntı vermelidir, zaman almalıdır (1 saat / günün üstünde), okul, sosyal aktivite ve önemli ilişkileri olumsuz etkilemesi gerekir. Etkilenen bireylerin, obsesyonlarının kendi zihinlerinin bir ürünü olduğunu, gerçek sorunlarla ilgili aşırı bir endişe olmadığını bilmeleri gereklidir. Benzer şekilde kompulsiyonlar aşırı veya mantıksız olarak algılanmalıdır (4). Çocukların tanı kriterlerinde çok tartışılmış olan bir konu, semptomların mantıksızlığını değerlendirmedeki içgörünün derecesidir. Bu nedenle özellikle küçük çocuklar, obsesyonel düşüncelerine inanmaya yatkın oldukları için, DSM-IV erişkin kriterleri çocuklarda OKB tanısı koymak için uygun olmakla birlikte, semptomlara ait içgörünün derecesi ile ilgili esneklik göstermektedir (17).

#### **Tanı Koymada Karşılaşılan Zorluklar:**

Çocuklarda semptom şiddetinin doğru ve güvenilir olarak ölçülebilmesini, tanının konabilmesini zorlaştıran nedenler şunlardır: 1.) Semptomlar gizli tutulabilir. 2.) Çocuklar bir taraftan istenmeyen düşüncelerle ilgili sıkıntıyı ve törensel davranışları sergileme zorunluluğunun sıkıntısı arasındaki farkı, diğer taraftan bu düşünceleri etkisizleştirmek veya törensel davranışlardan kaçınmak için harcanan çabanın getirdiği sıkıntı arasındaki farkı ayırt edemeyebilirler. 3.) Endişe ve alışkanlıklarının aşırılığını tam farkedemeyebilirler veya semptomların önemini inkar edebilirler. 4.) Kognitif gelişmelerinin yetersizliğine bağlı olarak, semptomlarının anlamsızlığının farkında olmayabilirler veya anksiyeteden kaçınmak için semptomları hakkında tartışmak istemeyebilirler (18).



## **Gelişimsel Döneme Ait Olarak Ortaya Çıkan Törenselle Davranışlar:**

Çocuklarda kompulsivitenin bir miktarı normal olarak kabul edilmektedir. Simons'ın çalışmasına göre; normal çocuklarda kompulsif davranış 2 yaşlarında başlayıp, 4-5 sene devam eder. Bu katı tutum, çocuğun çevresini kontrol etme çabasıyla açıklanır. Bu törenselle davranışlar, sıklıkla nesnelere kontrol etme ve dokunmaya yöneliktir ve özellikle yatma, yemek zamanı, banyo zamanı gibi geçiş dönemlerinde veya bu dönemlere korku va anksiyete eşlik ettiği zamanlarda (örneğin gece yatarken karanlık korkusu) belirgindir. Yatmadan önceki törenselle davranışların; belirgin bir düzende insanlara iyi geceler dilemek, herkes tarafından aynı kelimenin söylenmesi gibi, kompulsif bir yapısı olabilir. Ayrıca, çocuklar, aynı masalı dinleme, aynı filmi tekrar tekrar izleme, her seferinde belirli yemeklerin tabağın belirli bir yerinde durması gibi aynılık konusunda ısrarcı olabilirler. Bütünlük, denge, simetri gibi OKB bulguları da çoğu sağlıklı çocukta bulunabilir. Örneğin her iki elinde bir kurabiye olması, birinin ucu kırıkta onu yememe (İlg, 1981) gibi. Ek olarak, sağlıklı çocuklar sevdiği cisimleri düzenleme ve yerleştirmede katı bir tutum sergileyebilirler (Winnecott 1953). Örneğin cisimleri düzenli ve simetrik yerleştirme, kapının belli bir aralık seviyesinde açık kalması vb. konularda ısrarcı olabilirler. Çoğu çocukta bunlar hızla kaybolur (5,19).

Evans ve ark. (1997); 24-35 ve 36-47 aylık çocukların %75'nin üzerinde birçok kompulsiyon benzeri davranış saptamış, yaş arttıkça, bu davranışların azaldığını, ancak, 5 yaşına kadar bu fenomene sık rastlandığını bildirmiştir. Bu fenomende, çocuklarda ilk önce tekrarlayıcı davranışların ortaya çıkıp, daha sonra aynılığın tekrarı konusundaki törenselle davranışların görüldüğünü bildirmişlerdir. Bu davranışların, erken gelişimin normal bir bölümünü oluşturduğunu, bir zaman sonra yaygınlığının azaldığını belirtmişlerdir (19).

Çocukların oyunlarında törensel nitelikte, kompulsiyon benzeri davranışlar görülebilir. Çocuklar, 3-5 yaşlarında erken törensel oyunlarda tek başlarına oynarlar. Beş-altı yaşlarında ise, grup oyunu halinde törensel davranışlar ortaya çıkar. Bunlar belirli kuralları olan, “ip atlama”, “sek sek” gibi oyunları kapsar (Rubin 1983). Sonuç olarak, törensel davranışlar erken çocukluk evresinde başlayıp, gelişimle devam eder. Daha ileri yaşlarda ise, yapılandırılmış oyunlar, koleksiyonlar şeklinde devam eder. Normal gelişimsel döneme ve OKB’ye ait törensel davranışların her ikisi de uyku zamanında ve sıkıntılı durumlarda ortaya çıkarlar ve kontrol, başatme, düzeni sağlama temalarını içerirler. Ancak, başlama zamanları farklılık gösterir; normal gelişime ait törensel davranışlar, 7 yaşından sonra kaybolur, OKB, 7 yaşından sonra başlar. Gelişimsel rolleri farklıdır; normal törensel davranışlar sosyalizasyonu artırır, anksiyeteye başa çıkmaya yardımcı olur. OKB’ye ait törensel davranışlarda ise, bu özellik yoktur (20-21). Ek olarak, ergenlik döneminde yaşamsal olaylara karşı tipik ergen başatme yöntemleriyle ilişkili olarak, geçici süreli obsesif kompulsif semptomatoloji saptanabilir. Bu ergenlerde gerçek OKB gelişmesinde biolojik yatkınlık büyük rol oynayabilir (6). Leonard ve ark. (1990); 38 çocuk OKB hastasında daha fazla sayıda gelişimsel törensel davranışların varlığının ebeveynler tarafından belirtildiği halde, yaptıkları araştırmanın OKB semptomlarının tam gelişimsel devamlılığının sorgulanması açısından yeterli olmadığını belirtmişlerdir (20). Anksiyetenin hem batıl inançları hem de OKB’yi arttırdığı göz önüne alınarak, Leonard ve ark.(1990) yaptıkları çalışmada; çocukluk dönemine ait batıl inançların sıklığında OKB ve kontrol grubu arasında farklılık saptamamışlardır (20).

Riddle ve ark. (1990); OKB’li çocuklarda işlev kaybının genel klinik popülasyona göre daha seçici olduğunu, akademik başarının, okul haricindeki işlevselliğin sıklıkla

korunduğunu, ancak arkadaş ilişkilerinin niteliğinin değişkenlik gösterebileceğini belirtmişlerdir (22).

### **Etiyopatogenezele İlgili Bilgiler:**

Hastalığın etiyopatogenezine ait çalışmalardan, Swedo ve ark. (1989); Sidenham koreli çocuklarda, koresi olmayan romatizmal ateşli çocuklara göre, obsesif düşünce ve kompulsif davranışların anlamlı derecede fazla olduğunu ve bu semptomların, çocukların günlük hayatlarını, anlamlı derecede daha fazla etkilediğini bildirmişlerdir. Buna bağlı olarak OKB'nin en azından bazı hastalarda bazal ganglionlardaki işlev bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkabileceğini önermişlerdir (23).

Tourette Bozukluğu olanlarda OKB semptomlarının yüksek oranda görülmesi, 55 OKB'li çocuğun %33'de koreiform hareketlerin varlığı, Dencla ve ark. tarafından OKB'de bazal ganglion tutulumunu destekleyen diğer bulgular olarak bildirilmiştir (23).

Etiyolojide psikanalitik kuramların rolünü vurgulayan çalışmalar mevcuttur. Loeb (1986); ödipal ve latent çocukluk dönemlerinde çoğul ölüm ve kayıplar şeklinde travmatik deneyimleri olan ve ergenlik döneminde "obsesif kompulsif nöroz" geliştiren 13 yaşındaki bir olguda, psikanalitik yaklaşımın başarılı olduğunu bildirmiştir (24).

OKB'nin etiyopatogenezi ile ilgili olarak; Frankel ve ark. (1986); Tourette Bozukluğu olan hastaların %51'de OKB saptamışlardır. Bu hastalarda OKB prevalansının artmasından yola çıkarak, OKB ve Tourette Bozukluğunun ortak bir nörobiyolojik tabandan köken aldığını bildirmişlerdir (25). Caine ve ark. (1988), benzer şekilde, Tourette Bozukluğu ve obsesif kompulsif semptomatoloji arasındaki ilişkiyi destekler nitelikte sonuçlar bildirmişlerdir (26).

Pauls ve ark. (1986), OKB'nin en azından bazı şekillerinin, etiyolojik olarak Tourette Bozukluğu ve tiklerle ilişkili olabileceğini, OKB'nin Tourette Bozukluğundan

sorumlu genin, fenotipik olarak alternatif bir şeklinden kaynaklanabileceğini ileri sürmüşlerdir (27). Leonard ve ark. (1992); OKB tanısı almış 54 çocuğu 2-7 sene tik bozuklukları açısından takip etmişler, takipte %59 vakada tik öyküsünün varlığını, 8 çocuğun Tourette Bozukluğu kriterlerini karşıladığını, yaşamlarında tik öyküsü saptanan hastalarda, OKB başlama yaşının daha küçük olduğunu, birinci derece akrabalarda da %1.8 oranında Tourette Bozukluğu (TB) ve %14 oranında tik bozukluğu görüldüğünü bildirmişler ve çocukların tik tablolarından bağımsız olarak birinci derece akrabalarda yüksek oranda tik bozukluğu görülmesi nedeniyle, bazı olgularda, OKB ve TB'nun altta yatan aynı hastalığın değişik şekilleri olduğuna dair hipotezi desteklemişlerdir (27). Bu hipotezi destekleyen bir diğer çalışma, Grad ve ark. (1987) tarafından yapılmış ve 25 Tourette Bozukluğu tanısı almış çocukta, ek olarak OKB tanısı alanlar kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (28). Kelman ve ark.(1965), Fernando ve ark.(1967), Morphew ve ark.(1969) tarafından yapılmış, klinik tabana dayalı ilk çalışmalar; Tourette Bozukluğu olan hastaların %12-35'de, aynı zamanda OKB görüldüğünü bildirmişlerdir (29). Kurlan ve ark. (1994); tikleri olan çocukların yaklaşık yarısında obsesif kompulsif davranış veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu saptamışlardır ve bu bozuklukların genetik olarak birbirleriyle ilişkili olduğuna dair görüşü desteklemişlerdir (30). March ve ark.(1994); Tourette Bozukluğu olan çocuklarda, %40 oranında obsesif kompulsif semptomatoloji bildirmişlerdir (31).

George ve ark.(1993); saf OKB ve TB'nun komorbit olduğu OKB'de fenomenolojik farklılıklar olduğunu saptamışlardır. Buradan yola çıkarak, her iki hastalık tablosunda, farklı nöroanatomik ve nörokimyasal yolların rol oynayabileceğini önermişlerdir. OKB ve TB'nin birlikte görüldüğü durumlarda, kompulsiyonun bilinçli düşünceden önce, bazal ganglion veya talamustan kaynaklanan tetikleyici bir faktörle

ortaya çıktığını, saf OKB'de ise, orbital-frontal hiperaktiviteye bağlı olarak, frontal lobdan kaynaklanan bilişsel bir olayın stimulusu oluşturduğunu, bu stimulusun ise kompulsiyonu tetiklediğini önermişlerdir (32). Çoğu araştırmacı (Pauls 1986, Comings 1987, Robertson 1989, George 1991); saf OKB ile Tik ve Tourette Bozukluğunun eşlik ettiği OKB'nin, altta yatan aynı genin değişik fenotipik göstergeleri olduğunu düşünmektedir (32).

Pauls ve ark. (1995); erken başlangıçlı OKB'li çocukların birinci derece akrabalarında tik ve TB sıklığını, kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla (%4.6) bulmuşlardır.

Pauls ve ark. (1995); tiklerin komorbit olduğu OKB'lilerin akrabalarının %10.6'da tiklerin görüldüğünü, tiklerin komorbit olmadığı OKB'lilerin akrabalarının %3.2'de (kontrol grubu kadar) tiklerin görüldüğünü saptamışlardır. Bu durumda, OKB'nin tüm şekillerinin TB'ü ile ilişkili olmadığını önermişlerdir (14).

Pauls ve ark. (1995); OKB'li olup, aile öyküsünde OKB olanların akrabalarında tik ve TB riskini daha yüksek (%7.4) bulmuşlardır. OKB'li olup aile öyküsünde OKB olmayanlarda ise bu riski %1.4 olarak saptamışlardır. Bu durumda, akrabalarında OKB olmayan OKB'lilerin, etiolojik olarak ailesel geçişliden farklı olarak sporadik bir OKB şeklini temsil edebileceğini önermişlerdir (14).

Lenane ve ark. (1990); OKB'li 46 çocuk ve ergenin birinci derece akrabalarının %35'de, OKB ve subklinik OKB bildirmişlerdir (14). Pauls ve ark. (1995); erken başlangıçlı OKB'lilerin birinci derece akrabalarında %10.3 oranında OKB, %7.9 oranında, subklinik OKB saptamışlardır. Bu değerler kontrol grubundan anlamlı derecede yüksektir. Bozukluğun erken ve geç başlangıçlı olmasına göre, birinci derece akrabalarda OKB sıklığının değişiklik göstermesinin, hastalığın etiolojik olarak heterojen olduğunu düşündürdüğünü belirtmişlerdir. Bu durumda erken başlangıçlı

olguların hastalığın daha ağır şeklini temsil edebileceğini önermişlerdir. Ayrıca bu sonuçlar nedeniyle OKB’de genetik geçişin rol oynadığına dair görüşleri desteklemişlerdir(14). Bellodi ve ark. (1991); yetişkin hastalarla yaptıkları çalışmada, akrabalarda OKB saptama riski ne kadar yüksek olursa, yetişkinde hastalığın başlama yaşının o kadar küçük olduğunu bildirmiş ve erken başlangıç yaşının, OKB yönünden artmış ailesel yatkınlığın bir klinik göstergesi olabileceğini önermişlerdir (33).

Lenane ve ark. (1990); klinik popülasyonda OKB’li 46 çocuk ve ergenin birinci derece akrabalarıyla yaptıkları çalışmada, hastaların %30’da, OKB’si olan en az bir tane akraba saptadıklarını, babaların %25’nin, annelerin %9’nun bu tanıyı aldıklarını saptamışlardır. Ebeveynlerin %13’de, kardeşlerin ise %4’de subklinik OKB saptamışlardır. Ailede OKB hızının, genel popülasyonda beklenenin üzerinde olmasını, çocukluk başlangıçlı OKB’nin genetik yükünlüğü olan bir alt grubunun, ailelerde daha sık OKB görülmesine yol açabileceğine bağlamışlardır. Çocuk ve ebeveynlerine ait semptom dağılımının sıklıkla birbirinden farklı olduğunu, bu durumun, geçişin kültürel veya sosyal faktörlere ait olabileceğine dair görüşlere ters düştüğünü belirtmişlerdir (34).

Last ve ark. (1991); OKB’si olan çocukların birinci derece akrabalarında OKB görülme hızının, OKB dışında Anksiyete Bozukluğu olan çocukların birinci derece akrabalarından daha fazla olduğunu (%6.7’ye, %1.4) bildirmişlerdir (35). Black ve ark. (1992); yetişkinlerle yaptıkları bir çalışmada, hastaların birinci derece akrabalarında, Anksiyete Bozukluklarının anlamlı derecede daha sık görüldüğünü, ancak, OKB’nin görülme hızının çok düşük olduğunu, subsendromal OKB görülme hızının ise kontrollerden daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Buna bağlı olarak, OKB’li hastalarda Anksiyete Bozukluğu diyatezinin ailesel olarak geçebileceğini, fakat bu diyatezin aile bireylerinde ortaya çıkış şeklinin değişkenlik göstereceğini, OKB’nin ailesel geçiş

gösterebilmesi için biolojik veya psikososyal ek faktörlere ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir (36).

Inouye (1965), 10 monozygot ikiz çiftinin, 8 tanesinde eş zamanlı olarak obsesif bozukluk saptamıştır. Tienari, 126 monozygot ikizle yaptığı çalışmada, 10 çiftte eş zamanlı olarak obsesif ve / veya fobik semptomlar veya obsesyonel eğilimler saptamıştır. Bu bilgiler, OKB etiyojisinde genetik etkenlerin rol oynadığı görüşünü desteklemektedir (37).

OKB'nin ortaya çıkmasına yol açacak organik bir tetikleyici faktörün araştırılmasına yönelik çalışmalardan, McKeon ve ark.(1984); kafa travmasını takiben 4 ergen ve kontrol grubuna, kranial tomografi ve nöropsikolojik test uygulamış, OKB'li çocuklarda sağ serebral tutulumlu SSS disfonksiyonu bildirmişlerdir (39). Behar ve ark. (1984); 16 ergen ve kontrol grubuna, kranial tomografi ve nöropsikolojik test uygulamış, OKB'li çocuklarda sağ serebral tutulumlu SSS disfonksiyonu bildirmişlerdir (39). Dencla ve ark. (1988), OKB'li çocuk ve ergen hastaların çoğunluğunda anormal nörolojik bulgular bildirmişlerdir. Bunlar, nonspesifik nörogelişimsel bulguları ve sağ hemisfer disfonksiyonu bulgularını içerir (40). Thomsen ve ark. (1991); OKB'li 61 çocuk ve ergeni organizite yönünden araştırmışlar, organizitenin en duyarlı ve özgül göstergesi olarak "nörolojik yumuşak bulguları" belirlemişlerdir. Bu amaçla, 8-17 yaşları arasındaki 61 OKB'li hastada diadokinezi, tek ayak üzerinde 20 kez zıplama, tek ayak üzerinde 20 saniye durma, ayağın dış yan kenarlarına ve topukların üzerine basarak yürüme, çeşitli motor sakarlıklar gösterme gibi özellikleri değerlendirmişler, ancak OKB'li çocuklarda organizite ve major serebral bozukluk saptamamışlardır. Bu çocuklarda doğum komplikasyonu sıklığı açısından anlamlı bir farklılık bulmamışlardır (39).

OKB’de hafif derecede nöroendokrin disfonksiyonun rol oynayabileceğini öneren çalışmalardan, Hamburger ve ark. (1989); OKB’li 20 ergeni kontrol grubuyla karşılaştırmış, erkeklerin kontrol grubuna göre daha kısa ve daha az kilolu olduğunu saptamışlardır. Sonuçta, teorik olarak, OKB’de bazı nöroendokrin faktörlerin, büyüme hızında yavaşlama, geç püberte başlangıcı, ve obsesif kompulsif semptomlara yol açabileceğini önermişlerdir (41).

Hastalığın biyolojik tanımlarında, “kompulsivite”; hiperfrontalite ve artmış seretonerjik duyarlılık ile açıklanır. OKB’de orbito-frontal, bazal ganglia ve limbik bağlantıları içine alan devrelerde bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. PET çalışmalarında (Baxter 1987), hiperfrontalite ve kaudat nukleusta metabolizma artışı bildirilmiştir. Serotonin reuptake inhibitörleri ve davranışçı yaklaşımlarla yapılan başarılı tedaviler sonrasında, kaudat nukleustaki hipermetabolizmada azalma görüldüğü (Baxter, 1992) bildirilmiştir (42).

Zohar ve ark. (1988), benzer şekilde, OKB’nin psikopatolojisinde artmış seretonerjik duyarlılığın rol oynadığına dair hipotezle uyumlu bulgular bildirmişlerdir (43).

Giedd ve ark. (1996); ergen bir erkek çocukta, A grubu  $\beta$ -hemolitik enfeksiyondan sonra, OKB semptomlarının şiddetinde artma bildirmişler, semptom şiddetiyle bazal ganglia boyutları arasında korelasyon göstermişler ve bu klinik tablonun, enfeksiyonla tetiklenen otoimmüniteyle ortaya çıkan obsesif kompulsif semptomatoloji modeliyle uyumlu olduğunu belirtmişlerdir (44).

### **Bozukluğun Başlangıç Şekli ve Fenomenolojisi:**

Bozukluğun başlangıç şekli ile ilgili olarak; Judd (1965) ani ve dramatik başladığını, Rapoport (1986) ani ya da birkaç ay içinde başladığını, Rapoport (1981) sinsi başladığını bildirmişlerdir (3).



Bozukluğun fenomenolojisi ile ilgili (obsesyon ve kompulsyonların sıklık sırası ve niteliği) literatür bilgileri, tablo 2 ve 3'te özetlenmiştir.

Tablo 2: Obsesyonların sıklık sırası ile ilgili literatür bilgileri

YAZAR VE YILI	KİŞİ SAYISI	YAŞ	ÖRNEKLEM	OBSESİYONLARIN SIKLIK SIRASI
Judd ve ark. (1965)	5	Çocuk	Klinik	Mikrop-bulaş obsesyonları, doğru-yanlış ile ilgili düşünceler, potansiyel bir tehlike/zarar görme ile ilgili düşünceler
Raport ve ark. (1986)	30	Ort. Yaş 14.5	Klinik	Şiddet içeren tekrarlayıcı düşünceler
Swedo ve ark. (1988)	70	Ort. Yaş 13.7	Klinik	Kir-mikrop-çevresel toksinlere karşı aşırı kaygı %40, kendisi/başkalarıyla ilgili korkunç birşey olacak korkusu %24, simetri-düzen ihtiyacı %17, dini obsesyon %13, beden salgısı ve atıklarıyla ilgili kaygı %8, şiddet içeren düşünce ve hayaller %4, kendine/başkasına zarar verme korkusu %4
Khanna ve ark. (1988)	410	yetişkin	Klinik	Kirlilik ve bulaş korkusu, kendine/başkalarına zarar verme korkusu, tedavisi mümkün olmayan hastalık kapma, ölüm korkusu, dini obsesyonlar Şekil açısından; korku, düşünce, dürtü, şüphe, inanç, hayal
Flament ve ark. (1988)	Taranan 5596, bireysel değerlendirilen 356	14-18 yaş	Toplumsal	Bulaş korkusu %35, kendine / sevdiklerine zarar verme korkusu %30
Honjo ve ark. (1989)	61	ort.13.4 yaş	Klinik	Kirlilik fobisi %34, ölüm korkusu%13, diğerlerine zarar verme korkusu %12, korkunç birşey olacak korkusu %10
Riddle ve ark. (1990)	21	7-16 yaş	Klinik	Bulaş %52, şiddet içeren hayaller %38, dinsel obsesyonlar %29
Thomsen ve ark. (1991)	61	8-17 yaş	Klinik	Kirlilik-bulaşla ilgili düşünceler %34, dini düşünce %8, ölümlle ilgili düşünce %21, hastalık düşünceleri %18, zarar verme/görme düşünceleri %18, şiddetle ilgili düşünceler %5
Toro ve ark. (1991)	72	5-18 yaş	Klinik	Ölümlle ilgili düşünceler %12.5, hastalıkla ilgili düşünceler %4.2, dini düşünceler %4.2

Tablo 3: Kompulsiyonların sıklık sırası ile ilgili literatür bilgileri

YAZAR VE YILI	KİŞİ SAYISI	YAŞ	ÖRNEKLEM	KOMPULSİYONLARIN SIKLIK SIRASI
Judd ve ark. (1965)	5	Çocuk	Klinik	El yıkama, dokunma, uyku zamanında artan törensel davranışlar
Rapoport ve ark. (1986)	30	Ort. Yaş 14.5	Klinik	Temizleme, sayma, kontrol
Swedo ve ark. (1988)	70	Ort. Yaş 13.7	Klinik	Temizleme-yıkama %85, tekrarlama (kapıdan içeri-dışarı girme, sandalyeye oturup kalkma) %51, kontrol %46, dokunma %20, sayma %18, düzenleme %17, istifleme-biriktirme %11
Flament ve ark. (1988)	Taranan 5596, bireysel değerlendiren 356	14-18 yaş	Toplumsal	Yıkama ve temizleme %85, kontrol %40, düzenleme %35, tekrar %15
Honjo ve ark. (1989)	61	ort.13.4 yaş	Klinik	Yıkama %38, kontrol %23, törensel davranış %15, aşırı düzenlilik %8, kelime tekrarları %8
Riddle ve ark. (1990)	21	7-16 yaş	Klinik	Tekrarlama %76, yıkama %67, düzenleme %62, kontrol %57, sayma %24, istifleme %10
Thomsen ve ark. (1991)	61	8-17 yaş	Klinik	Kompulsiyon şekli olarak törensel davranışlar %64, tekrar %13, kontrol %10. İçerik olarak; yıkama %46
Toro ve ark. (1991)	72	5-18 yaş	Klinik	Tekrarlama %73.61, temizleme %55.55, kontrol etme %51.38, düzenleme %41.66, istifleme %2.77
Valleni-Basile ve ark. (1994)	3283 taranan, 488 bireysel değerlendiren	12-15 yaş	Toplumsal	Düzenleme %56, sayma %41, istifleme %38, yıkama %17, kontrol %12

Rapoport ve ark. (1986); klinik popülasyonda, en sıklıkla temizleme ile ilgili kompulsiyonların, ardından, sayma ve kontrol etme şeklindeki kompulsiyonların varlığını bildirmişlerdir. Obsesyonlardan şiddet içeren tekrarlayıcı düşüncelerin sık olduğunu bildirmişlerdir (8).

Swedo ve ark. (1989); klinik popülasyonda, çoğu çocukta hastalığın bir döneminde yıkama ve kontrol etme şeklinde kompulsiyonların varlığını bildirmişlerdir. En sık olarak %85 oranında yıkama kompulsiyonun görüldüğünü, bunu %51 oranında tekrarlama, %46 oranında kontrol etme, %20 oranında dokunma, %18 oranında sayma, %17 oranında düzenleme, %11 oranında istifleme-biriktirme kompulsiyonlarının izlediğini belirtmişlerdir. En sık görülen obsesyonları ise; kir-mikrop-çevresel toksinlere karşı aşırı kaygı duymayı %40, kendisi / başkalarıyla ilgili olarak korkunç birşey olacak korkusunu %24, simetri-düzen ihtiyacını %17, dini obsesyonları %13, beden salgısı ve atıklarıyla ilgili kaygıyı %8, şiddet içeren düşünce ve hayalleri %4, kendine / başkasına zarar verme korkusunu ise %4 oranlarında saptamışlardır. Kompulsiyonlara, obsesyonlardan daha fazla rastlanmıştır. Saf kompulsiflere saf obsesiflerden daha fazla rastlanmıştır. Hastaların 1/3'i belirgin dış uyaranların kompulsiyonlarını tetiklediğini bildirmişlerdir. Semptomlar sıklıkla zaman içerisinde içerik ve yoğunluk açısından değişiklik göstermiştir (2).

Rettew ve ark. (1992); semptomların zaman içerisinde, şiddet ve içerik olarak değişkenlik gösterdiğini, progresyona yönelik belirgin bir şekil olmadığını, çoğu çocukta belli bir zamanda birden çok semptom bulunduğunu bildirmişlerdir. (4). Beiser'e göre; saf OKB nadirdir. Ancak semptomlar belirli gelişimsel evrelerdeki stresler esnasında veya fobi ve depresyona eşlik eder şekilde görülür (5).

Judd (1965); en sık görülen obsesyonlar olarak, mikrop-bulaş obsesyonlarını, doğru-yanlış ile ilgili düşünceleri, potansiyel bir tehlike / zarar görme ile ilgili düşüncelerin varlığını bildirmiştir. Kompulsiyonlardan ise en sıklıkla; el yıkama, dokunma, uyku zamanında artan törensel davranışların görüldüğünü bildirmiştir (5). Hollingsworth ve ark. (1980), obsesyonların çoğunun çocuklardaki gerçek korku ve

endişelerle ilişkili olduğunu ve sıklıkla suçluluk duyguları şeklinde ortaya çıktığını bildirmişlerdir (45).

Khanna ve ark. (1988); Hindistan'da, erişkin klinik örneklemede, obsesyonları değerlendirmişler ve en sık kirlilik ve bulaşma temasını taşıyan korku obsesyonunun görüldüğünü belirtmişler, ek olarak; kendine / başkalarına zarar verme korkusu, tedavisi mümkün olmayan hastalık kapma, ölüm korkusu, dini obsesyonların görüldüğünü bildirmişlerdir. Obsesyonların, sıklık sırasına göre; korku, düşünce, dürtü, şüphe, inanç, hayal şeklinde ortaya çıktığını saptamışlardır (46). Honjo ve ark. (1989); Japon çocuklarda en sık görülen obsesif düşüncelerin kirlilik fobisi (%34), ölüm korkusu (%13), diğerlerine zarar verme korkusu (%12), korkunç birşeyler olacağı korkusunun (%10) olduğunu, en sık görülen kompulsif davranışların ise yıkama (%38), kontrol etme (%23), törensel davranışlar (%15), aşırı düzenlilik (%8) ve kelime tekrarları (%15) olduğunu bildirmişlerdir (47).

Thomsen ve ark. (1991); klinik popülasyonda en sık görülen kompulsiyon şeklinin "törensel davranış" (%64) olduğunu bildirmişlerdir. Ek olarak tekrar davranışlarını %13, kontrol davranışlarını %10 oranında saptamışlardır. "Kaçınma" dışında, kompulsiyon şekilleri arasında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık saptamamışlardır. İçerik açısından en sık yıkama kompulsiyonunu (%46), saptamışlardır. Obsesyonların en sık görülen şekli olarak, korku (%46) bildirilmiştir. Bunu, %23 oranında şüphe, %21 oranında dürtü, %11 oranında düşünce, %9.8 oranında inanç ve %5 oranında hayal şeklindeki obsesyonlar izlemiştir. Erkeklerde kızlardan anlamlı olarak daha fazla "dürtü" obsesyonu saptanmıştır. Obsesyon içeriklerini ise, sıklık sırasına göre; kirlilik- bulaşla ilgili düşünceler (%34), dini düşünceler (%8), ölümle ilgili düşünceler (%21), hastalık düşünceleri (%18), zarar

verme / görme düşünceleri (%18), şiddetle ilgili düşünceler (%5), şeklinde bildirmişlerdir (5).

Valleni-Basile ve ark. (1994), toplumsal ergen popülasyonda en sık bildirilen kompulsiyonlar olarak; düzenleme (%56), sayma (%41), istifleme (%38), yıkama (%17) ve kontrol (%12) davranışlarını bildirmişlerdir. OKB'de daha çok obsesyon, sayma, yıkama, toplama, düzenleme kompulsiyonları, subklinik OKB'de ise daha çok dokunma ve bunun dışındaki kompulsiyonları tespit etmişlerdir (10).

Flament ve ark. (1988); toplumsal ergen örneklem grubunda, en sık yıkama ve temizleme (%85), kontrol etme (%40), düzenleme (%35), tekrar (%15) kompulsiyonlarını saptamışlardır. Obsesyon olarak ise; en sık mikrop bulaşacağı korkusu (%35), kendisine veya sevdiklerine zarar verme korkusu (%30), saptamışlardır (13).

Minichiello ve ark. (1990); semptomların cinsiyetle ilişkili olduğunu, temizleme kompulsiyonlarının kızlarda daha sık olduğunu bildirmişlerdir (10). Dowson ve ark. (1977); yetişkin hastalarda, kadınlarda hastalık bulaşma fobisi ve kompulsif temizleme davranışının erkeklerden anlamlı olarak daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir (48). Swedo ve Rapoport (1989); sayma kompulsiyonlarının, erkeklerde daha sık olduğunu belirtmişlerdir (49). Noshirvani ve ark. (1991); semptomların, başlangıç yaşıyla anlamlı şekilde ilişkisi olduğunu, hastalığı erken başlayanlarda daha çok kontrol etme, geç başlayanlarda ise daha çok yıkama kompulsiyonlarının sık olduğunu bildirmişlerdir (49).

Riddle ve ark. (1990); klinik örneklemede yaptıkları bir çalışmada, obsesyonlardan en sık hastalık bulaşması (%52), şiddet içeren hayaller (%38) ve dinsel obsesyonları (%29) saptamışlardır. Kompulsiyonlardan ise en sık, tekrarlama (%76), yıkama (%67),

düzenleme (%62), kontrol etme (%57), törensel sayma davranışı (%24), istifleme (%10) davranışlarını saptamışlardır (50).

Toro ve ark. (1992); klinik popülasyonda, kompulsiyonların, tekrarlama (%73.61), temizleme (%55.55), kontrol etme (%51.38), düzenleme (%41.66), istifleme (%2.77) şeklinde ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Cinsiyet ve kompulsiyon tipi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Obsesyonların ise %12.5 oranında ölüm, %4.2 oranında hastalık, %4.2 oranında ise dinle ilgili olduğunu belirtmişlerdir (51).

Hindistan Çin, Türkiye, Danimarka ve Japonya'yı içerecek şekilde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında, fenomenolojik yönden anlamlı derecede kültürler arası farklılık yok gibi görünmektedir (52).

Adams (1973); çocuk hastaların %78'de obsesyon ve kompulsiyonların bir arada bulunduğunu bildirmiştir (5). Flament (1988), Judd (1965), Riddle (1990), Swedo (1989); çocuk ve ergen OKB'de sıklıkla obsesyon ve kompulsiyonların bir arada bulunduğunu bildirmişlerdir. Ancak, Zohar ve ark. (1992); OKB'li bireylerin %50'de sadece obsesyonların varlığını bildirmişlerdir (2,10,50). Valleni-Basile ve ark. (1994) toplumsal ergen popülasyonda %55 olguda obsesyon ve kompulsiyonu birlikte saptamışlardır (10). Hanna ve ark. (1995); klinik popülasyonda, zaman içinde değişkenlik gösteren çoğul obsesyon ve kompulsiyonların varlığını bildirmişlerdir (53).Dowson ve ark. (1977); çeşitli kompulsif eylemlerin her zaman en az bir tane obsesif düşünce ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (48).

Hanna ve ark. (1995); klinik örneklemede, yaş ve semptom kategorisinin sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamışlardır. Ayrıca cinsiyet ve semptom kategorileri arasında da anlamlı farklılık saptamamışlardır (53).

Riddle ve ark. (1990); 7-16 yaş grubunda, kararsızlığın %48, patolojik şüphelenmenin ise %38 oranında, OKB'ye eşlik ettiğini bildirmişlerdir (50). OKB'ye

eşlik eden semptomlardan “obsesif yavaşlık”, çocuklarda, erişkinlerden daha az sıklıkta rapor edilmiştir (52).

Rapoport (1981), Swedo (1992); OKB’li çocuk ve ergenlerde zekanın ortalamanın üstünde olduğunu belirtmişlerdir (3).

### **Başlangıç Yaşı:**

Kringlen (1970); hastaların %50’de semptomların 20 yaşından önce başladığını, bunların 2/3’nin şikayetlerinin çocukluk döneminde başladığını bildirmiştir (16).

Rapoport ve ark. (1981); ortalama başlangıç yaşını,  $9.5 \pm 4.1$  olarak bildirmişlerdir (7) Ortalama başlangıç yaşı, Swedo ve ark. (1989) tarafından. 10.1 olarak belirtilmiştir. Yedi hastada başlangıç yaşının 7 yaşından önce olduğu tespit edilmiştir (2). Rasmussen ve Eisen (1994); erkeklerde daha fazla prepubertal başlangıç eğilimi, kızlarda ise daha sıklıkla ergenlikte başlama eğilimi bildirmişlerdir (4). Rapoport ve ark. (1986); hastalığın erkeklerde yaklaşık 2.5 sene daha önce başladığını saptamışlardır (8). Thomsen ve ark. (1991); klinik tanı alan popülasyonda, cinsiyete göre yaş açısından bir farklılık saptamamışlardır (54). Flament ve ark. (1988); toplumsal ergen örnekleme ortalama başlangıç yaşını 12.8 olarak tespit etmişlerdir (13). Riddle ve ark. (1990); semptom başlama yaşını 5-14, ortalama başlangıç yaşını  $9.0 \pm 2.9$  yaş olarak bildirmişlerdir. Cinsiyet ve başlama yaşı arasında anlamlı bir farklılık saptamamışlardır (50). Hollingsworth ve ark. (1980); retrospektif bir klinik çalışmada ortalama başlangıç yaşını 9.6 olarak (3-15 yaş arasında) bildirmişlerdir (45). Honjo ve ark. (1989); klinik örnekleme yaptıkları bir çalışmada, ortalama başlangıç yaşını 11.6 olarak, erkeklerde 12.4 yaş, kızlarda ise 10.4 yaş olarak saptamışlardır. Bozukluğun erkeklerde 11-14 yaşlarında, kızlarda ise 11-13 yaşlarında pik yaptığını belirtmişlerdir (47). Rasmussen ve Tsuang (1986); 12-14 ve 20-22 yaşlarında pik yapacak şekilde, iki çeşit başlama yaşı belirtmişlerdir (55). Toro ve ark. (1992); klinik örnekleme, ortalama başlangıç

yaşını, 11.04 olarak saptamışlardır (Kızlarda 10.2, erkeklerde 11.44). OKB, çocukların %36.11'de 9-11 yaşları arasında başlamıştır. Başlangıç yaşı açısından anlamlı cinsiyet farkı saptanmamıştır. Çocukların %7'de başlangıç yaşının 5 yaşından önce olduğu belirlenmiştir (51). Noshirvani ve ark.(1991); yetişkinlerle yaptıkları bir çalışmada, bozukluğun erkeklerde anlamlı olarak daha erken başladığını (5-15 yaş), kadınlarda ise daha geç başladığını (26-35 yaş) bildirmişlerdir (49). Hanna ve ark. (1995); klinik popülasyonda başlangıç yaşını ortalama 10.0 olarak tespit etmişlerdir (53). Thomsen ve ark. (1991); klinik popülasyonda ortalama başlangıç yaşını 10.4 olarak bildirmişlerdir (54). Gülseren ve ark. 45 yetişkin OKB'li hastayla yaptıkları bir çalışmada, %33.3 olguda hastalığın 20 yaşından önce başladığını bildirmişlerdir (56).

#### **Epidemiyolojik Çalışmalar:**

Esser ve ark. (1990); uzunlamasına bir toplumsal çalışmada, 8-13 yaşları arasında, psikiyatrik bozukluk prevalansını %16-18 olarak bildirmişlerdir (57). OKB prevalans çalışmaları ise, çocuk ve ergen klinik örneklerinde; Berman (1942) ve Hollingsworth (1980) tarafından %0,2-%1,2 olarak bildirilmiştir (10,45). Judd (1965); klinik popülasyonda bozukluğun %1 oranında görüldüğünü bildirmiştir (7). Thomsen ve ark. (1991); klinik popülasyonda OKB prevalansını %1.33 olarak saptamışlardır (54).

Valleni-Basile ve ark. (1994); toplumsal örnekleme OKB prevalansını %3, subklinik OKB prevalansını %19 olarak saptamışlardır (10).

Flament ve ark (1988); 9-12 yaşındaki yarı kırsal, orta sınıf örnekleme yaptığı çalışmada OKB'nin mevcut ve ömür boyu prevalansını %1.0 ve %1,9 olarak bulmuşlardır (13). Zohar ve ark. (1992); 16-17 yaş toplumsal örnekleme İsrail'de OKB prevalansını %3.56 ( $\pm 0.72$ ) olarak bulmuşlardır. Ayrıca %1.25 olguda subklinik OKB bildirmişlerdir (10). Stoll ve ark. (1992); 1980'li yıllarda OKB tanı hızının



belirgin şekilde arttığını, bu artışın bozuklukla ilgili yayınlardaki artışla, özellikle de ilaç ve davranışçı tedaviyle ilgili bildirimlerle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (58). Türkiye'deki çalışmalardan Doğan ve ark.(1991-1993); Sivas il merkezinde erişkinlerle yaptıkları bir epidemiyolojik çalışmada, OKB'nin bir aylık yaygınlık oranını %2.6 olarak bulmuşlardır. Bir aylık yaygınlık oranını kadınlarda %3.0, erkeklerde ise % 1.6 olarak saptamışlar, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmişlerdir (59).

Swedo ve ark. (1989); klinik örnekleme, OKB tanısı alan erkeklerin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (2). Hanna ve ark. (1995); klinik örnekleme erkek / kız oranını yaklaşık 3/2 olarak saptamışlardır (53). Rapoport (1989); erken başlangıç döneminde erkeklerde hastalığın daha fazla olduğunu (erkek / kadın oranı: 2/1 ), yaş arttıkça, erkek / kadın oranının eşitlendiğini bildirmiştir (10,50,60). Thomsen ve ark. (1991); klinik örnekleme erkek kız oranını, 1.54 olarak bulmuşlardır (54). Valleni-Basile ve ark.(1994); toplumsal ergen örnekleme kız ve erkeklerde pravalansın benzer olduğunu bildirmişlerdir. OKB'de kızlarda daha çok kompulsiyon, erkeklerde daha çok obsesyon, subklinik OKB'de ise tam tersi olarak; kızlarda daha fazla obsesyon, erkeklerde ise daha fazla kompulsiyon saptamışlardır (10). Flament ve ark. (1988); benzer şekilde toplumsal ergen popülasyonda kız erkek oranını yaklaşık eşit bulmuşlardır (13). Riddle ve ark. (1990); klinik örnekleme erkek / kız oranını yaklaşık eşit oranda saptamışlardır (50). Toro ve ark. (1992); klinik popülasyonda erkeklerde OKB hızını daha fazla bildirmişlerdir (51).

#### **Sosyodemografik Çalışmalar:**

Snowden ve ark. (1979); OKB'si olan erkeklerde ilk doğan çocukların anlamlı derecede çoğunluğu oluşturduğunu (%40) bildirmişlerdir. Ek olarak, OKB'de, ortalama aile büyüklüğünün kontrol grubuna göre daha küçük olduğunu saptamışlardır

(61). Hanna ve ark. (1995); klinik popülasyonda yaptıkları bir çalışmada, OKB tanısı alan çocukların %50'den fazlasının tek çocuk / ilk doğan çocuk olduğunu saptamışlardır (53). Flament ve ark.(1988); toplumsal, ergen popülasyonda, sosyoekonomik düzey, aile büyüklüğü ve doğum sırası açısından farklılık saptamamışlardır (13). Khanna ve ark.(1986); OKB'de ilk doğan çocukların fazla olduğunu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmişlerdir ve OKB etiopatogenezinde doğum sırasının rolü olmadığını önermişlerdir (62). Eğrilmez ve ark. (1995); OKB'li yetişkinlerle yaptıkları klinik tabanlı bir çalışmada, hastaların %31.8 oranında ilk çocuk olduklarını, ancak cinsiyetler arasında doğum sırası yönünden anlamlı farklılık bulunmadığını bildirmişlerdir (63).

Swedo (1989), Riddle (1990); klinik örnekleme OKB'li çocukların sıklıkla orta veya orta-üst sınıftan ve parçalanmamış ailelerden geldiğini bildirmişlerdir (50). Toro ve ark. (1992) klinik örnekleme; OKB'li çocuklar arasında sosyoekonomik düzey ve aile bütünlüğü açısından anlamlı bir farklılık bulmamışlardır (51).

Honjo ve ark. (1989); klinik örnekleme yaptıkları bir çalışmada, OKB ve doğum sırası arasında anlamlı farklılık bulmamışlardır (47).

Toro ve ark. (1992); kontrol grubuna göre OKB tanısı alanlarda tek çocukların anlamlı derecede daha fazla olduğunu, cinsiyet yönünden anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmişlerdir (51).

#### **Tetikleyici Faktörlerle İlgili Çalışmalar:**

McKeon ve ark. (1984); yetişkin hastalarda, hastalık başlangıcından 12 ay önce, istenmeyen yaşam olaylarında, kontrol grubuna göre artma bildirmişler, önceden anormal kişilik özellikleri olanların ise anlamlı derecede daha az istenmeyen yaşam olayı bildirdiğini belirtmişlerdir. Sonuçta, anormal kişilik özelliği olan kişilerde OKB görülmesinde istenmeyen yaşam olaylarında artışa rastlanmadığını, ancak premorbid

kişiliği normal olanların, OKB semptomları geliştirmeden önce, istenmeyen yaşam olaylarında anlamlı şekilde artışa gereksinim gösterdiklerini saptamışlardır. Kişilik özellikleri ve istenmeyen yaşam olaylarının sayısı ve şiddeti arasındaki etkileşimin, emosyonel uyarılmanın başlangıcını ve derecesini etkilediği ve bunun da semptomların ortaya çıkmasını etkilediği önerilmiştir (64).

Jopon klinik örnekleminde; semptomların, çocukların %51'de belli bir olayla tetiklendiği (Kızların %70'i, erkeklerin %40'da) saptanmıştır. Bu tetikleyici faktörlerin sıklıkla okul durumundan kaynaklandığı tespit edilmiştir (47). Rettew ve ark. (1992); hastaların %40'da bozukluğu başlatan bir olay bulunduğunu, ancak bu olaylarla semptomlar arasında içerik olarak bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. Hastalığı tetikleyici faktörlerin başında, ev değiştirme, anne babanın boşanması, anne babadan birinin işsiz kalması, aile bireylerinden birinin hastalanması gibi ailesel olayların söz konusu olduğunu bildirmişlerdir (3). Valleni-Basile ve ark. (1996); ergen toplumsal örnekleme, istenmeyen yaşam olaylarının artmasının, orta-yüksek sosyoekonomik düzeyin, OKB gelişimi açısından risk faktörü oluşturduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, istenen yaşam olaylarının artmasının, takipte, OKB ve subklinik OKB üzerinde koruyucu bir rol oynadığını ifade etmişlerdir (6).

Clark ve ark. (1985); ergenlerle yaptıkları bir çalışmada, OKB'li çocukların, ebeveynlerinin kendilerine yönelik olan başarı ve mesleksel beklentilerini, sağlıklı çocuklara göre anlamlı şekilde daha yüksek olarak algıladıklarını bildirmişlerdir (65).

### **Seyirle İlgili Çalışmalar:**

Hanna ve ark. (1995); klinik örnekleme, 10 yaşından önce hastalık başlayan erkeklerde ve 10 yaşından sonra hastalık başlayan kızlarda OKB'nin daha şiddetli olduğunu saptamışlardır (53).

Takip çalışmalarında Berman (1942), tek epizod geçirenlerde prognozun iyi, uzun süreli seyrin ise daha olumsuz olduğunu, Warren (1960), 6-10 sene içinde hastaların yarısının seyrinin kötü olduğunu bildirmişlerdir (15).

Thomsen ve ark. klinik başvurusu olan OKB olgularında, çocukları ilk başvurudan sonra 1.5-5 yıl takip etmiş, sonuçta, çocukların yaklaşık yarısının takipte de OKB tanı kriterlerini karşıladığını saptamışlardır. Bunların 1/3'de epizodik bir seyir, 2/3'de kronik bir seyir gözlenmiştir. Böylece hastalığın kronik ve şiddet açısından dalgalanma gösteren bir seyir izlediğini belirtmişlerdir. Takipte, selektif seretonin reuptake inhibitörleri (SSRI) ile tedavinin çoğu olguda, OKB'nin şiddetini azalttığı saptanmıştır (66).

Hollingsworth ve ark. (1980); 10 OKB hastasının ortalama 6.5 senelik takipte de bazı OKB semptomlarını göstermeye devam ettiğini ve bunların hepsinin bu süre içinde kişilerarası ilişkiler ve sosyal yaşamda ciddi sorunlar yaşadığını bildirmişlerdir (45).

Flament ve ark.(1990); klinik popülasyonda tanı almış 25 OKB'li hastaya, 2-7 sene takip çalışması uygulamış, semptomların, şiddeti değişkenlik göstermekle birlikte, devam ettiğini saptamışlardır. Hastaların %68'i takipte OKB tanısı almış, bunların %20'sinin takipteki tanısı sadece OKB olmuş, %48'i ise, anksiyete bozukluğu, major depresyon, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğunu içerecek şekilde, bir veya daha fazla ek tanı almıştır (67).

Leonard ve ark. (1993); 2-7 senelik takipte, % 72 olgunun klomipramin tedavisine devam etmesine rağmen, hastaların %43'nün yine OKB tanı kriterlerini karşıladığını saptamıştır. Ek olarak, tanı kriterlerini karşılamayan %57'lik grubun çoğunluğunda da obsesif kompulsif semptomların devam ettiğini belirtmiştir. Hastaların %81'de genel olarak ilk başlangıca göre düzelme gözlenmesinden yola çıkılarak,

tedaviye devam edilmesi önerilmektedir. Hastaların sadece %6'nın asemptomatik olup tedavi almadığı ve remisyonunda olduğu saptanmıştır (68).

Allsopp ve ark. (1988); klinik ergen örnekleme (n=20) yaptıkları 10 yıllık takip çalışmasında, %38 olguda psikiyatrik bozuklukla ilgili aktif semptomların saptandığını, bunların %23'de, OKB'ye ait aktif semptomların devam ettiğini, diğer hastaların ise iki tanesinin şizofreni, iki tanesinin ise depresyon tedavisi gördüğünü bildirmişlerdir (9). Thomsen ve ark.(1995); klinik örnekleme, ortalama 15.6 senelik bir takip çalışmasında, erkeklerin %46'nın, kadınlarınsa %47'nin takipte OKB tanısını karşıladıklarını saptamışlardır. Kadınlarda epizodik seyir erkeklere göre daha fazla bulunmuştur (69).

Thomsen ve ark. (1995); klinik örnekleme ortalama 15.6 senelik bir takip çalışması gerçekleştirmiş ve OKB'nin seyir belirleyicilerini araştırmışlardır: Başlangıç yaşının, ebeveynlerde mental bozukluk varlığının, çocuklukta komorbit semptomların varlığının, semptomların niteliğinin, hastalığın seyri açısından anlamlı bir belirleyici olmadığını saptamışlardır. İlk başvuruda hastalığın şiddeti (semptomların kaç saat aldığı), takipte OKB tanısının devam etmesi veya geçmesi açısından anlamlı bir belirleyici olarak saptanmıştır. Çocuklukta semptom şiddetinin ağır olmasının, ileride fenomenolojik seyrin kötü olacağını bir göstergesi olacağını önermişlerdir (69).

Leonard ve ark. (1993); başlangıç klomipramin tedavisinin 5. haftasında semptomların daha ağır düzeyde devam etmesini, yaşamın bir döneminde tik bozukluğu öyküsünün olmasını ve ebeveynlerde birinci eksen psikiyatrik bozukluğunun varlığını, takipte seyrin kötü olacağını, önceden anlamlı şekilde belirleyebilecek faktörler olarak belirtmişlerdir (68). Allsopp ve ark; (1988); ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ilk seferdeki tedaviye olumsuz cevabın varlığı durumunda hastalık seyrinin kötü olduğunu saptamışlardır (9).

Neziroğlu ve ark. (1992); yaptıkları bir çalışmada ocuk sahibi olmayan kadınlarda OKB başlangıcının püberte döneminde olduğunu, ocuk sahibi olanlarda ise hastalık başlangıcının 22-24 ve 29-32 yaşlarında pik yaptığını saptamışlardır ve erken başlangıçlı OKB'nin kadınlarda, kronisite nedeniyle yerleşmiş bir “ocuk yetiştirememe” korkusuna yol açıp, doğum yapmaktan kaçınmaya yol açtığını önermişlerdir (70).

Nemiah (1985), Karno (1988); OKB'li hastalarda ileri yaşlarda, yoğun evlilik sorunlarının, yüksek oranda boşanmanın ve işsizliğin olduğunu bildirmişlerdir (71).

Rapoport ve ark. (1986); OKB'li çocuklarda, çoğunluğun öyküsünde obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin saptanmadığını belirtmişlerdir (8). Berg ve ark. (1989) ise; obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile OKB arasındaki ilişkinin belirsiz olduğunu bildirmişlerdir (15).

Thomsen ve ark. (1993); klinik örneklemede tanı alan hastalara, kontrollü olarak 6-22 yıl takip çalışması yapmışlar ve ileri dönemde kişilik bozukluğunun varlığını araştırmışlardır: OKB'li hastalar, ileride kişilik bozukluğu gelişimi açısından kotrollerden anlamlı bir farklılık göstermemişlerdir. OKB'li hastalar, kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla olarak, en sık “kaçıngan kişilik bozukluğu” tanısı almışlardır. Oysa OKB'lilerde “obsesif kompulsif kişilik bozukluğu” (OKKB) tanısına sık rastlanmamıştır. Yetişkinlikte OKB'si olan hastalarda OKKB tanısı, takipte OKB'si olmayan çocukluk dönemi OKB'li hastalarına göre daha fazla konmuştur. OKB'nin başlama yaşının, semptomların cinsinin, ebeveynlere ait psikopatolojinin, sosyal alt yapının, takipte, kişilik bozukluğu gelişimi ile anlamlı bir ilişki göstermediği saptanmıştır. Kötü seyir gösteren hastalarda, iyi seyir gösterenlere göre, kişilik bozukluklarının anlamlı olarak daha fazla ortaya çıkabileceği önerilmiştir (72).

Calvocoressi ve ark. (1994); OKB’de aile bireylerinin, hastanın semptomlarına uyum sağlayıp, kendi davranış ve tutumlarını bu hastalığa göre ayarlama girişimlerini, ailenin bütününe ilgilendiren bir işlev bozukluğu ve stres durumlarında sergilediklerini saptamışlardır. Bu nedenle, aile bireylerinde böyle bir uyum davranışı saptandığında, hekimlerin aile ile ilgili başatme stratejilerini zenginleştirici yaklaşımlarda bulunmaları gerektiğini önermişlerdir (73).

#### **Yeme Bozuklukları ve OKB Arasındaki İlişki:**

Yeme Bozukluklarının “OKB spektrum bozuklukları” içinde ele alınmasından yola çıkılarak yapılan araştırmalardan, Pigott ve ark. (1991); yetişkin OKB’lilerle yaptıkları bir çalışmada, OKB’li hastaların yeme tutumu ve davranışlarında anlamlı derecede daha fazla bozukluk görüldüğünü, bununla ilişkili olarak, yeme bozukluğu olan hastalarda görülen psikopatolojik yeme tutumu ve davranışlarıyla ilgili ortak bazı noktaların, OKB’li hastalarda da görüldüğünü önermişlerdir (74).

#### **Tedavi ile İlgili Çalışmalar:**

Tedavi ile ilgili çalışmalardan, Flament ve ark. (1985); yaşları  $14.5 \pm 2.3$  olan 19 OKB’li çocukta çift kör kontrollü klomipramin çalışması yapıp, ortalama 141 mg/gün klomipramin uygulamışlar ve semptomlarda anlamlı derecede iyileşme saptamışlardır. Klomipraminin antiobsesyonel etkisinin antidepresan etkisinden bağımsız olduğunu, ayrıca ilaca olumlu yanıt alınmasının başlangıçtaki depresyon tablosuyla ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Hastalığın kronisite kazanmadan ve komplikasyonları ortaya çıkmadan, erken dönemde tedavi edilmesi gerektiğinin önemini vurgulamışlardır (75).

Riddle ve ark. (1990); plasebo kontrolsüz bir çalışmada, OKB veya OKB ve Tourette Bozukluğu olan, 8-15 yaşları arasındaki 10 çocuk hastaya 4-20 hafta süreli fluoksetin 10-40 mg / gün tedavisi uygulamışlar, hastaların %50’de tedaviye yanıt saptamışlar (klinisyen tarafından uygulanan iyileşme derecelendirmeleriyle “eskiye göre

daha iyi” ile “eskiye göre çok daha iyi” arasında değişen sonuçlar elde edilmiştir), çocuk ve ergenlerde kısa dönem fluoksetin tedavisinin güvenli olduğunu önermişlerdir (76).

Corno ve ark. (1991); Tourette Bozukluğunda görülen OKB’yi tedavi etmek için, 32 hastaya 3-8 ay süreyle 20-40 mg /gün fluoksetin tedavisi uygulamışlar, bunlardan 26 tanesi süre sonuna kadar tedaviye düzenli devam etmiştir. Bu olguların 13 tanesi erişkin (yaş ortalaması  $30 \pm 6.5$ ), 13 tanesi ise çocuk hastalardan oluşmuştur (yaş ortalaması  $12 \pm 3.2$ ). Tedavi sonrasında hastaların %81’de OKB şikayetlerinde subjektif bir düzelme bildirilmiş olup, çocuk örneklem grubunun yarısından fazlasında, Leyton Obsesyonel Envanterinin çocuk versiyonu puanının, çocuklarda OKB tanısının konması için kesişme noktası olan 20 puanın altına düştüğü saptanmıştır. Bu süre içinde hiçbir hastanın tik şiddetinde düzelme veya kötüleşme saptanmamıştır (77).

Tedavide psikoterapinin yerini araştıran çalışmalardan March ve ark. (1995); kognitif davranışçı yöntemlerin psikoterapi protokollerinde çoğunluğu oluşturduğunu, bu yöntemin temel olarak üstüne gitme ve yanıt önleme basamaklarından oluştuğunu, anksiyeteyle başetme eğitimi ve OKB’ye özgü aile müdahale yöntemlerinin yardımcı bir rol oynayabileceğini belirtmişlerdir. Sonuç olarak, klinik verilerin sonuçlarına göre, çocuk ve ergen OKB’de kognitif davranışçı psikoterapinin tek başına veya farmakoterapi ile birlikte etkili bir tedavi yöntemi olduğunu bildirmişlerdir (78).

Haan ve ark. (1992); 6 yıllık süre içinde 22 çocuk hastaya davranış tedavisi uygulamışlar, 12 hastada bu süre sonunda %70-95’lik iyileşme saptamışlardır. Tedavi süreci içerisinde 10 yaşından büyük ve küçük çocuklar arasında farklılıklar gözlemişler, küçük çocukların, sorunlarının bilişsel yaklaşımıyla ilgilenmediklerini, davranışlarının ortaya çıkış nedeniyle ilgilenmediklerini ve belirtilerinin tedavisinin daha kolay olduğunu bildirmişlerdir (16).



Nörocerrahi tedavilerinde, singulotomi ve anterior kapsülotomi yöntemleriyle, orbitofrontal bölgeden derin limbik yapılara giden bağlantılar etkisizleştirilir (Hollander ve ark. 1995). Bu tedavi şekli diğer tedavi yaklaşımlarına dirençli olan bazı hastalarda etkilidir (42).

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 3-1 ÖRNEKLEM GRUBU:

Bursa iline ait iki merkez ilçeden (Osmangazi ve Nilüfer ilçeleri), toplam 7 ilköğretim okulunun ve bir özel okulun 4-8. sınıfları çalışmaya alınmıştır. Çocuk ve ergenlerde, Obsesif Kompulsif Bozukluğun başlangıç yaşı açısından pik yaptığı düşünülen yaş grubuna, daha geniş bir perspektiften bakabilmek için, örneklem grubu 9-15 yaşları (4-8.sınıflar) arasında seçilmiştir. Okulların değişik sosyokültürel çevreleri ve yerleşim merkezlerini temsil etmeleri hedeflenmiş ve bu amaç doğrultusunda, okullar, İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün yardımıyla, randomize olarak seçilmiştir.

Bu çalışma için, İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden ve ilgili okul müdürlüklerinden onay alınmıştır. Seçilen okullardan birinci okul olan Canaydın İlköğretim Okulu, il genelinde yeni bir yerleşim bölgesini temsil etmektedir. İkinci okul olan Fethiaçağaç İlköğretim Okulu, il içerisindeki en eski okullardan birisidir. Üçüncü okul olan Çalı İlköğretim Okulu, bir kasaba okulunu temsil etmek için seçilmiştir. Dördüncü okul olan Özel Tunçsiper Lisesi, özel bir okulu temsil etmektedir. Beşinci okul olan Özlüce, altıncı okul olan Ürünlü, yedinci okul olan Alaaddinbey, sekizinci okul olan Ertuğrul İlköğretim Okulları ise, Bursa merkezine yakın olan, İzmir yolu üzerindeki köy okullarıdır.

Seçilen okullardan; birinci okul olan Canaydın İlköğretim Okulunda 582, ikinci okul olan Fethiaçağaçık İlköğretim Okulunda 499, üçüncü okul olan Çalı İlköğretim Okulunda 259, dördüncü okul olan Özel Tunçsiper Lisesinde 283 (yaş gruplarının sınıflara göre dağılımında homojen bir oranı temin etmek için, değerlendirmelerde özel okulun Hazırlık sınıfı 6. sınıf, 6. sınıfı 7. sınıf, 7. sınıfı ise 8. sınıf grubunda değerlendirilmiş olup, bu okulda 8. sınıf öğrencileri çalışmaya alınmamıştır), beşinci okul olan Özlüce İlköğretim Okulunda 30, altıncı okul olan Ürünlü İlköğretim Okulunda 32, yedinci okul olan Alaaddinbey İlköğretim Okulunda 18, sekizinci okul olan Ertuğrul İlköğretim Okulunda 6 öğrenciyi kapsayacak şekilde, toplam 1709 öğrencinin velisine; DSM-III-R, DSM-IV tanı kriterleri ve Berg (1989) tarafından yayınlanmış, Döpfner (1992) tarafından almancaya uyarlanmış olan Çocuklar için Yale-Brown Obsesif kompulsif Bozukluk Skalasının (79) Prof Dr. Suna Taneli tarafından türkçeye çevrilmiş ve bir klinik grubunda tarafımızdan test edilmiş olan şeklinin semptom kriterlerine göre, hazırlamış olduğumuz bir anket formu ve mektup, kapalı zarf içinde, sınıf öğretmenleri aracılığıyla ulaştırılmıştır. Taramanın yapılması hedeflenen sınıflara ait, çok sayıda şubesi olan okullarda, çalışmaya alınacak olan sınıflar, randomize olarak seçilmiştir. Küçük okullarda ise, öğrencilerin hepsi çalışmaya dahil edilmiştir. Ortalama üç gün içerisinde, anket formları yine kapalı zarflar içerisinde sınıf öğretmenleri aracılığıyla toplanmıştır. Gönderilmiş olan anket formları %91.0 oranında veliler tarafından doldurularak, elimize geçmiştir. (1709 çocuğun velisine anket formu ulaştırılmış, birinci okuldan 491, ikinci okuldan 479, üçüncü okuldan 250, dördüncü okuldan 257, beşinci okuldan 27, altıncı okuldan 32, yedinci okuldan 14, sekizinci okuldan 6 çocuk olacak şekilde, toplam 1556 tanesinin cevabı, doldurulmuş olarak elimize geçmiştir). Bursa merkez ilçelerinde, 1997-1998 eğitim ve öğretim yılındaki, 4-5-hazırlık-6-7-8. sınıflara ait toplam öğrenci sayısı, 102,273 olup, bizim

tarama amacıyla anket formu gönderdiğimiz çocuk sayısı, bu sınıflardaki toplam öğrenci sayısının %1.7'sini (n=1709) oluşturmaktadır. Tarama sonucunda, anket cevabı elimize geçen çocuk sayısı ise, genel sayının %1.5'ni (n=1556) oluşturmaktadır. Anket cevabı geri gelen 1556 çocuğun okullara göre sınıf dağılımları tablo 4'te gösterilmiştir.

Geri gelen anket formlarından, en az bir tane semptom, velisi tarafından "var" olarak nitelendirilen; birinci okuldan 251, ikinci okuldan 241, üçüncü okuldan 170, dördüncü okuldan 87, beşinci okuldan 23, altıncı okuldan 24, yedinci okuldan 6, sekizinci okuldan 3 kişiyi kapsayacak şekilde, toplam 805 çocukla teke tek görüşme yapılmıştır. Bu sayı, Bursa merkez ilçeleri genelinde, bu sınıflardaki toplam öğrenci sayısının, %0.79'nu oluşturmaktadır. Görüşmeler, dört psikiyatri asistanı tarafından yürütülmüş ve sonra bir uzman psikiyatrist tarafından konsulte edilmiştir. Değerlendirmelere başlamadan önce, dört görüşmeci, uzman psikiyatrist eşliğinde iki haftalık bir eğitime tabi tutulmuş, değerlendirmeler arasında tutarlılık temin edildikten sonra 805 çocukla görüşme çalışmaları başlatılmıştır. Görüşmeye alınan çocukların okullara göre sınıf dağılımları tablo 4'te gösterilmiştir.

Görüşmeye alınan çocukların yaşları 9-15 arasında olup, yaş ortalaması  $11.99 \pm 1.39$ 'dur. Çocukların % 47'si kız, % 53'ü erkektir. Çocuklar, % 96.5 oranında biyolojik anne ve babalarıyla beraber yaşamakta, % 3.5 oranında ise parçalanmış ailelerden (boşanmış aile çocukları, sağ tek anneye, sağ tek babayla, akrabasıyla birlikte yaşayanlar) gelmektedirler. Çocukların % 44.6'sı ilk doğum, % 15.8'i ortanca doğum, % 39.6'sı ise en son doğumda dünyaya gelmiştir. Çocukların % 55.3'ü iki kardeş, % 25'i üç kardeş, % 10.8'i dört ve üstü kardeş, %8.9'u tek çocuktur. Annelerin; % 52.8'i, okur yazar değil / ilkökul mezunu, % 19'u ortaokul, % 21'i lise, % 7.2'si ise yüksek okul / üniversite mezunudur. Babaların; % 33.7'si okur yazar değil / ilkökul mezunu, % 21.5'u ortaokul, % 34.3'ü lise, % 10.5'u ise yüksek okul /

üniversite mezunudur. Görüşmeye alınan çocukların ayrıntılı sosyodemografik özellikleri tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 4: Velinin doldurduğu anketlerden yanıt alınan ve teke tek görüşme yapılan çocukların okullara ve sınıflara göre dağılımı

Velinin doldurduğu anketlerden, yanıt alınanlar	OKUL	SINIF					Toplam
		4.sınıf	5.sınıf	6.sınıf	7.sınıf	8.sınıf	
1		80 %5.1	85 %5.5	122 %7.8	142 %9.1	62 %4.0	491 %31.5
2		110 %7.1	111 %7.1	90 %5.8	96 %6.2	72 %4.6	479 %30.8
3		71 %4.5	64 %4.1	46 %3.0	29 %1.9	40 %2.6	250 %16.1
4		36 %2.3	39 %2.5	64 * %4.1	57 ** %3.6	61*** %4.0	257 %16.5
5		10 %0.6	17 %1.1	—	—	—	27 %1.7
6		18 %1.2	14 %0.9	—	—	—	32 %2.1
7		6 %0.4	8 %0.5	—	—	—	14 %0.9
8		—	6 %0.4	—	—	—	6 %0.4
Toplam %		331 %21.3	344 %22.1	322 %20.7	324 %20.8	235 %15.1	1556 %100
Görüşme yapılanlar	1	39 (4.8)	39 (4.8)	72 (8.9)	76 (9.4)	25 (3.1)	251 (31.2)
	2	56 (7.0)	60 (7.5)	41 (5.1)	51 (6.3)	33 (4.1)	241 (29.9)
	3	42 (5.2)	38 (4.7)	33 (4.1)	26 (3.2)	31 (3.9)	170 (21.1)
	4	11 (1.4)	10 (1.2)	24 (3.0)	19 (2.4)	23 (2.9)	87 (10.8)
	5	8 (1.0)	15 (1.9)	—	—	—	23 (2.9)
	6	14 (1.7)	10 (1.2)	—	—	—	24 (3.0)
	7	2 (0.2)	4 (0.5)	—	—	—	6 (0.7)
	8	—	3 (0.4)	—	—	—	3 (0.4)
Toplam %		172 (21.4)	179 (22.2)	170 (21.1)	172 (21.4)	112 (13.9)	805 (100.0)

\* Özel okulda Hazırlık sınıfı, yaş dağılımı açısından, çalışmada 6.sınıf grubunda değerlendirilmiştir.

\*\* Özel okulda 6.sınıf, yaş dağılımı açısından, çalışmada 7.sınıf grubunda değerlendirilmiştir.

\*\*\* Özel okulda 7. sınıf, yaş dağılımı açısından, çalışmada 8.sınıf grubunda değerlendirilmiştir.

Tablo5: Görüşmeye alınan çocukların sosyodemografik özellikleri

TOPLAM

		n	%
Yaş	9,00	3	0,4
	10,00	141	17,5
	11,00	172	21,4
	12,00	188	23,3
	13,00	169	21,0
	14,00	114	14,2
	15,00	18	2,2
Cinsiyet	Kız	378	47,0
	Erkek	427	53,0
Kiminle yaşadığı	Anne-baba beraber	777	96,5
	Parçalanmış aile	28	3,5
Doğum sırası	İlk	359	44,6
	Ortanca	127	15,8
	En son	319	39,6
Kardeş sayısı	Tek çocuk	72	8,9
	İki çocuk	445	55,3
	Üç çocuk	201	25,0
	Dört çocuk ve üstü	87	10,8
Annenin eğitim düzeyi	Okur yazar değil/ ilkokul mezunu	418	52,8
	Ortaokul mezunu	150	19,0
	Lise mezunu	166	21,0
	Yüksek okul/ Üniversite mezunu	57	7,2
Babanın eğitim düzeyi	Okur yazar değil/ ilkokul mezunu	267	33,7
	Ortaokul mezunu	170	21,5
	Lise mezunu	272	34,3
	Yüksek okul/ Üniversite mezunu	83	10,5

### 3-2 DEĞERLENDİRME:

Görüşmede çocuklar ilk önce DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterlerine göre değerlendirilmişlerdir. Yetişkinler için düzenlenmiş olan DSM tanı kriterlerinin, çocuk ve ergenlerde yeteri kadar yol göstermediği düşünülmüş ve daha fazla özelliklerin göz önüne alınmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla, DSM tanı kriterleri sorgulanırken, hekimin kendi tecrübelerinden yararlanarak, hastanın genel durumu hakkındaki kanısını gösteren, klinik global izlenim (KGİ) de değerlendirmeye alınmıştır.

Çocuklarla ilk önce, DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterlerine göre, bir görüşme yapılmıştır. Ardından, DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesinin ayaktan hasta formu'na (SCID-OP) göre (80); obsesyon ve / veya kompulsiyon ve semptomların kişiye ve günlük hayata olan etkisini ölçen kriterlere “hayır” yanıtı veren çocuklar sağlıklı, “bazen” yanıtı veren çocuklar, eşik altı OKB (subklinik OKB), “sıklıkla / her zaman” yanıtı veren çocuklar OKB tanısı almışlardır. Çalışmamızda, eşik altı OKB terimi yerine, Flament (1988), Valleni-Basile (1996), Thomsen (1993) tarafından aynı anlamda kullanılmış olan (6,13,52), Subklinik OKB terimi kullanılacaktır. İkinci aşamada; DSM tanı kriterleri sorgulanırken, hekim tarafından anlaşılıyor olmanın, çocuklarda sağladığı rahatlık ve olaya emosyonel katılımları da göz önüne alınıp, Klinik Global İzlenim de değerlendirmeye katılmıştır. KGİ sonucunda, tanılar yine yukarıda belirtildiği şekilde konulmuştur. Tanısal değerlendirmeye, KGİ'nin de katılmasından sonra, “subklinik OKB” tanısı almış olan 84 çocuğa ve “OKB” tanısı almış olan 76 çocuğa şiddet belirlemek amacıyla; çocuklar için geliştirilmiş olan Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Skalası'nın (Y-BOCS Çocuk Versiyonu) (79) Prof Dr. Suna Taneli tarafından türkçeye çevrilip, bir klinik grubunda, tarafımızdan test edilmiş olan şekli uygulanmıştır. Toplam Y-BOCS puanının şiddet yönünden değerlendirilmesinde, Goodman'ın (1989) yetişkinler için güvenilirliğini gösterdiği şiddet puanları

kullanılmıştır (81). Buna göre; Toplam Y-BOCS puanı 0-7 arasında olanlar subklinik, 8-15 arasında olanlar hafif şiddette, 16-23 arasında olanlar orta şiddette, 24-31 arasında olanlar şiddetli OKB olarak değerlendirilmiştir.

Çocuklarla bireysel görüşmelere, anket formları toplandıktan iki hafta sonra başlanmış ve görüşmeler üç haftada tamamlanmıştır.

### **3-3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ:**

İstatistiksel analizler, bilgisayarda, SPSS for Windows 5.0 versiyonunda yapılmıştır. İki gruplu karşılaştırmalarda t-testi kullanılmıştır. Sayma yoluyla elde edilen verilerde ise Ki-kare ve Fisher'in Kesin Ki-kare testleri kullanılmıştır. Sayma yoluyla elde edilen bağımlı gruplarda, Mc Nemar testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun karşılaştırılmasında varyans analizi kullanılmış, gruplar arasında farklılık bulunması durumunda, ikili karşılaştırmalar, Student-Newman-Keuls çoklu karşılaştırma testiyle karşılaştırılmıştır.  $p > 0.05$  değeri "istatistiksel olarak anlamsız",  $p < 0.05$  değeri "istatistiksel olarak anlamlı" olarak kabul edilmiştir.

## SONUÇLAR

### 4-1 Tanı Gruplarında Bozukluğun Görülme Oranı, Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

#### 4-1-1 Tanı Gruplarına Göre Bozukluğun Görülme Oranı:

1556 kişi üzerinden hesaplandığında; OKB grubunda, bozukluğun görülme oranı %5.1 olarak hesaplanmıştır. Bu oran kızlarda %2.7, erkeklerde %2.4'tür. Subklinik grupta, bozukluğun görülme oranı %5.1 olarak hesaplanmış olup, bu oran kızlarda %2.0, erkeklerde ise % 3.1'dir. Görüşmeye alınan 805 çocuğun 80 tanesi OKB (%9.9), 80 tanesi subklinik OKB (%9.9), 645 tanesi ise sağlıklı (%80.2) olarak değerlendirilmişlerdir. Bu çocuklardan 90 tanesi (%11.2) ise, sadece geçmişte mevcut olan obsesyon ve kompulsiyon benzeri semptomlar tarif etmiş, görüşme sonucunda sağlıklı olarak değerlendirilmişlerdir.

#### 4-1-2 Tanı Gruplarında Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi:

Çalışmamızda, doğum sırası ve tanı gruplarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Toplam çocuk sayısı ve tanı gruplarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Anne babasıyla birlikte yaşayanlar ve parçalanmış aileden gelenlerde; (boşanmış aile çocukları, sağ tek anneyle, sağ tek babayla, akrabayla birlikte yaşayanlarda) tanı grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Kişi sayısı az olduğu için, analiz gereği, "parçalanmış aileden gelenler" olarak, parantez içinde belirtilen değişkenler, toplu olarak değerlendirilmiştir. Annenin eğitimi ve hastalık grupları arasında ve babanın eğitimi ile hastalık grupları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). (Kişi sayısı az olduğu için, analiz



gereği, ölmüş olan anneler ve babalar analize alınmamıştır. Ayrıca, okur yazar olmayanlar ilkokul mezunu olanlara katılmıştır).

Annenin doğum sırasındaki yaşıyla tanı grupları arasında, istatistiksel olarak yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, annenin doğum sırasındaki yaşı ve tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

OKB grubundaki çocukların; 42'si kız, 38'i erkek olup, kız / erkek oranı 1.1'dir. Subklinik OKB grubunda ise; 32 kız, 48 erkek saptanmış olup, erkek / kız oranı 1.5 olarak bulunmuştur. Her bir tanı grubunda cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Görüşmeye alınan çocukların tanı gruplarına göre sosyodemografik özellikleri tablo 6'da gösterilmiştir.



Tablo 6: Görüşmeye alınan çocukların tanı gruplarına göre sosyodemografik özellikleri

		OKB		SUBKLİNİK OKB		SAĞLIKLILAR		TOPLAM	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet	Kız	42	5.2	32	4.0	304	37.8	378	47.0
	Erkek	38	4.7	48	6.0	341	42.4	427	53.0
Kiminle yaşadığı	Anne-baba beraber	77	9.6	77	9.6	623	77.4	777	96.5
	Parçalanmış aile	3	0.4	3	0.4	22	2.7	28	3.5
Doğum sırası	İlk	30	3.7	33	4.1	296	36.8	359	44.6
	Ortanca	19	2.4	13	1.6	95	11.8	127	15.8
	En son	31	3.9	34	4.2	254	31.6	319	39.6
Kardeş sayısı	Tek çocuk	13	1.6	5	0.6	54	6.7	72	8.9
	İki çocuk	39	4.8	42	5.2	364	45.2	445	55.3
	Üç çocuk	18	2.2	20	2.5	163	20.2	201	25.0
	Dört çocuk ve üstü	10	1.2	13	1.6	64	8.0	87	10.8
Annenin eğitim düzeyi	Okur yazar değil/ ilkokul mezunu	34	4.3	42	5.3	342	43.2	418	52.8
	Ortaokul mezunu	18	2.3	16	2.0	116	14.7	150	19.0
	Lise mezunu	18	2.3	14	1.8	134	16.9	166	21.0
	Yüksek okul/ Üniversite mezunu	7	0.9	3	0.4	47	5.9	57	7.2
Babanın eğitim düzeyi	Okur yazar değil/ ilkokul mezunu	26	3.3	28	3.5	213	26.9	267	33.7
	Ortaokul mezunu	14	1.8	11	1.4	145	18.3	170	21.5
	Lise mezunu	30	3.8	23	2.9	219	27.7	272	34.3
	Yüksek okul/ Üniversite mezunu	8	1.0	13	1.6	62	7.8	83	10.5

#### 4-2 Anket ve Çocuktan Alınan Yanıtların Değerlendirilmesi

Ankette velinin mevcut olarak nitelendirdiği semptomlarla, çocukların görüşmede mevcut olarak belirttiği semptomlar, ayrı ayrı, birbirleriyle olan ilişkileri açısından karşılaştırılmıştır. Sonuçta, dini obsesyonlar, impulsif şekilde kendini / diğerlerini yaralama obsesyonu, sayı sayma kompulsiyonları, düzen kompulsiyonu ile ilgili sorularda velinin anket formunda verdiği cevaplarla çocuğun görüşmede verdiği cevaplar tutarlı olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). İki yöntem sonucunda elde edilen duyarlılık, tanımlayıcılık ve geçerlilik değerleri, impulsif şekilde kendini / diğerlerini yaralama obsesyonu için sırasıyla; 0.94, 0.90 ve 0.93 olarak, dini obsesyonlar için sırasıyla; 0.70, 0.97 ve 0.95 olarak, sayı sayma kompulsiyonu için sırasıyla; 0.73, 0.96, 0.92 olarak, düzen kompulsiyonu için sırasıyla; 0.93, 0.93, 0.93 olarak saptanmıştır. Velinin anket yanıtlarıyla, çocukla görüşme sonrasında alınan yanıtlar arasında tutarlılık gösteren semptomların değerlendirilmesi tablo 8’de gösterilmiştir. Bunlar dışındaki semptomlarda ise, velinin anket formunda verdiği cevaplarla çocuğun görüşmede verdiği cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu semptomlar için saptanan p değerleri; simetri, eşitlik, düzen obsesyonları için  $p<0.001$ , kirlilik ve hastalık obsesyonları için  $p<0.001$ , kontrol kompulsiyonu için  $p<0.0001$ , tekrar kompulsiyonu için  $p<0.0001$ , temizleme ve yıkama kompulsiyonu için  $p<0.05$ , zorlu istifçilik ve biriktirme kompulsiyonu için  $p<0.0001$ , “diğer” kompulsiyonlar için  $p<0.001$  şeklinde saptanmıştır. Velinin ankette bildirdiği semptomlarla, çocuğun görüşmede bildirdiği semptomlar arasındaki tutarlığın her bir semptom kategorisi açısından karşılaştırılması tablo 7’de gösterilmiştir.

Bireysel değerlendirmeye sağlıklı olduğu tespit edildiği halde, velinin, anket formunda, çocuğuyla ilgili olarak obsesyon / kompulsiyon kriterlerini karşıladığını

bildirdiği semptomların herbiri ayrı ayrı; annenin eğitim düzeyi, babanın eğitim düzeyi ve çocuğun yaşı ile karşılaştırılmıştır.

“Diğer” kompulsiyonlarda ( $p < 0.01$ ), yıkama kompulsiyonu ( $p < 0.001$ ), kirlilik ve hastalık obsesyonlarında ( $p < 0.01$ ), velinin bildirdiği semptomlarla, çocukta saptanan semptomlar arasındaki tutarsızlık, annenin eğitim düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkilidir. Aradaki tutarsızlık annenin eğitim durumu düştükçe artmaktadır.

Kontrol kompulsiyonunda ( $p < 0.05$ ), yıkama kompulsiyonunda ( $p < 0.0001$ ) velinin bildirdiği semptomlarla, çocukta saptanan semptomlar arasındaki tutarsızlık, babanın eğitim düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkilidir. Eğitim düzeyi düştükçe tutarsız semptom sayısı artmaktadır. Ayrıca, “diğer” kompulsiyonlarda, babası yüksek okul mezunu olanlarda veli-çocuk sonuçları arasındaki tutarsızlık, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

Benzer bir karşılaştırma her bir semptom ile çocuğun yaşı arasında yapıldığında, kontrol etme ( $p < 0.05$ ) ve zorlu istifçilik-biriktirme ( $p < 0.01$ ) kompulsiyonlarında; velinin bildirdiği semptomlarla, çocukta saptanan semptomlar arasındaki tutarsızlık, çocuğun yaşı ile istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkilidir. Her iki semptomda da saptanma yaşları 12 ve 13 yaşlarında yoğunlaşmaktadır.

Tablo 9’da, anket formunu dolduran kişi ile tanı gruplarının karşılaştırılması gösterilmiştir. OKB grubunda anket formunu %45 oranında anneler, %32.5 oranında babalar, %22.5 oranında ise diğer bir kişi (diğer birinci dereceden akrabalar) doldurmuştur. Subklinik OKB grubunda anket formunu; %43.8 oranında anneler, %35 oranında babalar, %21 oranında ise diğer bir kişi (diğer birinci dereceden akrabalar) doldurmuştur. Sağlıklı grupta ise, anket formunu %50.9 oranında anneler, %29.1 oranında babalar, %20 oranında ise diğer bir kişi (diğer birinci dereceden akrabalar)

doldurmuştur. Anket formunu dolduran kişi ile tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 7: Velinin ankette bildirdiği semptomlarla, çocuğun görüşmede bildirdiği semptomlar arasındaki tutarlığın her bir semptom kategorisi açısından karşılaştırılması

SEMPTOM	p değerleri
İmpulsif şekilde kendini / diğerlerini yaralama obsesyonu	$p>0.05$
Simetri, eşitlik, düzen obsesyonları	$p<0.001$
Kirlilik ve hastalık obsesyonları	$p<0.001$
Dini obsesyonlar	$p>0.05$
Sayı sayma kompulsiyonu	$p>0.05$
Kontrol kompulsiyonu	$p<0.0001$
Tekrar kompulsiyonu	$p<0.0001$
Düzen kompulsiyonu	$p>0.05$
Temizleme ve yıkama kompulsiyonu	$p<0.05$
Zorlu istifçilik ve biriktirme kompulsiyonu	$p<0.0001$
"Diğer" kompulsiyonlar	$p<0.001$

Tablo 8: Velinin anket yanıtlarıyla, çocukla görüşme sonrasında alınan yanıtlar arasında tutarlılık gösteren semptomların değerlendirilmesi

SEMPTOM	Pozitif doğruluk $a / a + b$	Negatif doğruluk $d / c + d$	Duyarlılık $a / a + c$	Tanımlayıcılık $d / b + d$	Geçerlilik $a + d / n$	p değeri
İmpulsif şekilde kendini/ diğerlerini yaralama obsesyonu	0.92	0.83	0.94	0.90	0.93	$P>0.05$
Dini obsesyonlar	0.69	0.97	0.70	0.97	0.95	$P>0.05$
Sayı sayma kompulsiyonu	0.79	0.95	0.73	0.96	0.92	$P>0.05$
Düzen kompulsiyonu	0.89	0.96	0.93	0.93	0.93	$P>0.05$

Tablo 9: Anketi dolduran kişi ile tanı gruplarının karşılaştırılması

		OKB		SUBKLİNİK OKB		SAĞLIKLI	
		n	%	n	%	n	%
ANKETİ DOLDURAN	Anne	36	45	35	43.8	328	50.9
	Baba	26	32.5	28	35	188	29.1
	Diğer bir kişi	18	22.5	17	21	129	20
TOPLAM		80		80		645	

#### 4-3 Tanı Koymada Kullanılan Değişik Yöntemlerin Karşılaştırılması

Tablo10'da, DSM kriterlerine ve Klinik Global İzlenime göre tanı alan hastaların sayılarının karşılaştırılması gösterilmiştir. DSM-III-R ve DSM-IV'e göre, OKB tanı kriterlerini sorgulayan görüşmeler sonucunda, çocuklardan 19 tanesi OKB, 133 tanesi subklinik OKB, 653 tanesi ise, sağlıklı olarak değerlendirilmişlerdir. DSM kriterlerine göre yapılan görüşmelerin zemininde, klinik global izlenimin de değerlendirmeye katılmasıyla; önceki değerlendirmeyle OKB tanısı almış olan 19 çocuk yine OKB tanısı almış, ek olarak, önceki değerlendirmeyle subklinik OKB tanısı almış olanlardan 57 çocuk daha OKB tanısı almıştır. Önceden subklinik OKB tanısı almış olan, geriye kalan, 76 çocuk ise, yine subklinik OKB olarak değerlendirilmiştir. Ek olarak, önceki yöntemle sağlıklı olarak değerlendirilmiş olan çocuklardan, 8 tanesi daha subklinik gruba dahil edilmiştir. Böylece, KGİ'nin değerlendirmeye katılmasıyla, 76 çocuk OKB, 84 çocuk subklinik OKB, 645 çocuk ise sağlıklı olarak değerlendirilmiştir.

Klinik Global İzlenim ve Y-BOCS'a göre tanı alan hastaların sayılarının karşılaştırılması ise tablo 11'de gösterilmiştir. Çocuklar üçüncü olarak, Y-BOCS'a göre değerlendirildiklerinde; KGİ ile subklinik OKB tanısı almış olan 84 çocuktan 6

tanesi OKB tanısı almış, KGİ ile önceden OKB tanısı almış olan 76 çocuktan ise, 2 tanesi subklinik OKB tanısı almıştır. KGİ ile sağlıklı olduğu değerlendirilen 645 çocuk, yine sağlıklı olarak değerlendirilmiştir. Böylece, Y-BOCS'a göre; 80 çocuk OKB (%9.9), 80 çocuk subklinik OKB (%9.9) tanısı almış, 645 tanesi ise, sağlıklı olarak (%80.2) değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler 1556 kişi üzerinden yapıldığında; OKB grubunda, bozukluğun görülme oranı %5.1 olarak hesaplanmıştır. Bu oran kızlarda %2.7, erkeklerde %2.4'tür. Subklinik grupta, bozukluğun görülme oranı %5.1 olarak hesaplanmış olup, bu oran kızlarda %2.0, erkeklerde ise % 3.1'dir.

Klinik Global izlenime göre tanı koyma ile Y-BOCS'a göre tanı koyma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). KGİ'ye ve Y-BOCS'a göre tanı yöntemlerinin karşılaştırılmasında pozitif doğruluk oranı ( $a / a + b$ )=0.97, pozitif yanlışlık oranı ( $b / a + b$ )=0.03, duyarlılık oranı ( $a / a + c$ )=0.92, tanımlayıcılık oranı ( $d / b + d$ )=0.97, geçerlilik ölçütü ( $a + d / n$ ) = 0.95 olarak saptanmıştır.

Tablo 10: DSM kriterlerine ve Klinik Global İzlenime göre tanı alan hastaların sayılarının karşılaştırılması

		KLİNİK GLOBAL İZLENİME GÖRE TANI		
		OKB (n)	SUBKLİNİK OKB (n)	SAĞLIKLI (n)
DSM'YE GÖRE TANI	OKB	19	—	—
	SUBKLİNİK OKB	57	76	—
	SAĞLIKLI	—	8	645

Tablo 11: Klinik Global İzlenim ve Y-BOCS'a göre tanı alan hastaların sayılarının karşılaştırılması

		Y-BOCS'A GÖRE TANI		
		OKB (n)	SUBKLİNİK OKB (n)	SAĞLIKLI (n)
KLİNİK GLOBAL İZLENİME GÖRE TANI	OKB	74 (a)	2 (b)	
	SUBKLİNİK OKB	6 (c)	78 (d)	
	SAĞLIKLI			645

#### 4-4 OKB ve Subklinik OKB'nin Saptanma Yaşı

OKB grubunu saptanma yaşı açısından; %25 oranında 11 yaş grubu, %22.5 oranında 12 yaş grubu, %18.8 oranında 14 yaş grubu, %15 oranında 13 yaş grubu, %15 oranında 10 yaş grubu, %3.8 oranında ise 15 yaş grubu oluşturmuştur. Subklinik tanı grubunda; 10, 11 ve 13 yaş gruplarının herbiri %25 oranında, 12 yaş grubu %13.8, 14 yaş grubu %8.8, 15 yaş grubu ise %2.5 oranında saptanmıştır.

OKB tanısı, kız çocuklarda en sık %3.2 oranında 12 yaşında, %2.6 oranında 13 yaşında, %1.9 oranında ise 11 yaşında saptanmış, erkeklerde ise en sık %3.0 oranında 11 yaşında, %2.1 oranında 14 yaşında tespit edilmiştir.

OKB saptanan grupta yaş ortalaması  $12.09 \pm 1.45$ , subklinik OKB saptanan grupta yaş ortalaması  $11.75 \pm 1.43$ , sağlıklı olarak değerlendirilen grupta yaş ortalaması  $12.00 \pm 1.38$ , görüşmeye alınan tüm çocukların yaş ortalaması ise  $11.99 \pm 1.39$  olarak değerlendirilmiştir. OKB ve subklinik OKB grupları arasında, saptanma yaşı açısından, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Tanı gruplarına göre yaş ortalaması tablo 12'de gösterilmiştir.



Tablo 12: Tanı gruplarına göre yaş ortalaması

TANI GRUBU	YAŞ ORTALAMASI	STANDART SAPMA	En küçük yaş	En büyük yaş	n
OKB	12.09	1.45	10.00	15.00	80
SUBKLİNİK OKB	11.75	1.43	10.00	15.00	80
SAĞLIKLI	12.00	1.38	9.00	15.00	645
TÜM GRUPLAR	11.99	1.39	9	15.00	805

#### 4-5 OKB ve Subklinik OKB'nin Başlama Yaşı

OKB grubunda ortalama başlangıç yaşı  $8.96 \pm 2.03$  olarak saptanmıştır. Dağılımı (4-13 yaştır). Belirtilerin başlangıcı çocukların %22.5'de 10 yaş, %21.3'de 9 yaş, %17.5'de 7 yaş, %11.3'de 8 yaş, %7.5'de 11 yaş, %6.3'de 12 yaş, %5'de 13 yaş, %3.8'de 6 yaş, %2.5'de 5 yaş, %2.5'de ise 4 yaş olarak belirtilmiştir.

Subklinik OKB grubunda ortalama başlangıç yaşı  $9.0 \pm 1.99$  olarak saptanmıştır. Dağılımı (4-14 yaştır). Belirtilerin başlangıcı çocukların %26'da 9 yaş, %20.8'de 10 yaş, %19.5'da 8 yaş, %7.8'de 7 yaş, %7.8'de 12 yaş, %5.2'de 11 yaş, %3.9'da 5 yaş, %2.6'da 6 yaş, %2.6'da 4 yaş, %2.6'da 13 yaş, %1.3'de 14 yaş olarak belirtilmiştir.

Her iki tanı grubunda da başlangıç yaşı ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tanı grupları arasında başlangıç yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

#### 4-6 OKB Tanısı Alanlarda Şiddet Derecesi

Saptanan OKB'nin şiddeti değerlendirildiğinde; %66.2 olgu hafif şiddette (%33.7 kız, %32.5 erkek), %31.3 olgu orta şiddette (%18.8 kız, %12.5 erkek), %2.5 olgu

(%2.5 erkek) ise şiddetli olarak değerlendirilmiştir. OKB’de şiddetin cinsiyete göre dağılımı tablo13’de gösterilmiştir.

OKB’nin şiddet dağılımı ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

OKB’nin şiddet dağılımı ve çocuğun parçalanmış / parçalanmamış aileden gelmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

OKB’nin şiddet dağılımı ve hastalığın başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

OKB grubunda sadece 4 olgu (%5), bu şikayeti için önceden hekime başvurmuştur. Başvuru yapanlar; orta şiddette bozukluğu olanlardan 2 kişi (%2.5), hafif şiddette bozukluğu olanlardan 2 kişi (%2.5) olup, şiddetli derecede bozukluk saptanan 2 olgu bu şikayeti için önceden hiç hekime başvurmamıştır.

Tablo 13: OKB’de şiddetin cinsiyete göre dağılımı

	OKB					
	KIZ		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
HAFİF	27	33.7	26	32.5	53	66.2
ORTA	15	18.8	10	12.5	25	31.3
ŞİDDETLİ	—	—	2	2.5	2	2.5

#### 4-7 Fenomenolojik Özellikler (Obsesyonlar ve kompulsiyonlarla ilgili veriler)

OKB grubunda obsesyon şekillerinin dağılımında; korku %50, düşünce %28.9, şüphe %15, hayal %11.3, inanç %2.5, dürtü %1.25 oranlarında saptanmıştır. Subklinik

OKB grubunda ise; yukarıdaki obsesyon şekilleri sırasıyla, %28.9, %23.8, %13.8, %15, %0 ve %2.5 oranlarında saptanmıştır.

OKB grubunda kompulsiyon şekillerinin dağılımında; sayma, dokunma, ezber şeklindeki törensel davranışlar %57.5, kontrol %43.8, tekrarlama %36.3, düzenleme %33.4, yıkama %20.0, istifleme %7.5 oranlarında saptanmıştır. Subklinik OKB grubunda ise; yukarıdaki kompulsiyon şekilleri sırasıyla, %43.8, %40, %30, %30, %12.5 ve %2.5 oranlarında saptanmıştır.

Obsesyon ve kompulsiyon şekillerinin hastalık grupları arasındaki dağılımı, tablo 14 ve tablo 15'te gösterilmiştir. Obsesyon ve kompulsiyon şekillerinde, OKB ve subklinik OKB hastalık grupları arasında cinsiyet yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (  $p>0.05$ ). OKB grubunda da obsesyon ve kompulsiyon şekli ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (  $p>0.05$ ).

Tablo 14: Obsesyon şekillerinin dağılımı (Aynı çocukta değişik belirtiler bir arada görülebildiği için, toplam sayı %100'ü aşmaktadır).

OBSESYON ŞEKLİ	OKB		subklinik OKB	
	n	%	n	%
KORKU	40	50	23	28.9
DÜŞÜNCE	23	28.9	19	23.8
ŞÜPHE	12	15	11	13.8
HAYAL	9	11.3	12	15
İNANÇ	2	2.5	—	—
DÜRTÜ	1	1.25	2	2.5

Tablo 15: Kompulsiyon şekillerinin dağılımı (Aynı çocukta değişik belirtiler bir arada görülebildiği için, toplam sayı %100'ü aşmaktadır).

KOMPULSİYON ŞEKLİ	OKB		SUBKLİNİK OKB	
	n	%	n	%
TÖRENSEL DAVRANIŞLAR (Sayma, dokunma, ezber)	46	57.5	35	43.8
KONTROL	35	43.8	32	40
TEKRARLAMA	29	36.3	24	30
DÜZENLEME	27	33.4	24	30
YIKAMA	16	20	10	12.5
İSTİFLEME	6	7.5	2	2.5

OKB grubunda 9 tane saf obsesif (%11.3), 6 tane saf kompulsif (%7.5) hasta saptanmıştır. 65 çocukta (%81.2) bir veya birden çok obsesyon ve kompulsiyon bir arada bulunmaktadır.

Subklinik OKB grubunda, 16 tane saf obsesif (%20), 21 tane saf kompulsif (%26.3) çocuk saptanmıştır. 43 çocukta (%53.7) bir veya birden çok obsesyon ve kompulsiyon bir arada bulunmaktadır.

Her iki tanı grubunda da, obsesyon ve kompulsiyon sayıları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Obsesyon ve kompulsiyon sayılarının hastalık grupları arasındaki dağılımı tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16: Çocuklarda obsesyon ve kompulsiyon sayılarının hastalık grupları arasındaki dağılımı

	OKB		SUBKLİNİK OKB	
	n	%	n	%
Obsesyon yok	6	7.5	21	26.3
Bir obsesyon	59	73.8	49	61.2
İki obsesyon	13	16.2	10	12.5
Üç obsesyon	2	2.5	—	—
Kompulsiyon yok	9	11.3	16	20
Bir kompulsiyon	22	27.5	23	28.7
İki kompulsiyon	24	30	20	25
Üç kompulsiyon	14	17.5	18	22.5
Dört kompulsiyon	8	10	2	2.5
Beş kompulsiyon	3	3.7	1	1.3

Obsesyon kategorilerinin içeriğe göre dağılımları araştırıldığında, OKB grubunda; impulsif şekilde kendini / diğerlerini yaralama obsesyonu %86.3, simetri, eşitlik ve düzen obsesyonları %48.8, kirlilik ve hastalık obsesyonları %32.5, dini obsesyonlar %23.8, bedensel obsesyonlar ise %6.3 oranlarında saptanmıştır. Subklinik OKB grubunda ise, yukarıdaki obsesyon kategorileri sırasıyla; %65, %25, %36.3, %17.5, %0 oranlarında saptanmıştır.

Kompulsiyon kategorilerinin içeriğe göre dağılımları araştırıldığında, OKB grubunda; sayı sayma kompulsiyonu %43.8, kontrol kompulsiyonu %42.5, tekrar kompulsiyonu %41.3, düzen kompulsiyonu %33.4, temizleme ve yıkama kompulsiyonu %21.3, istifleme kompulsiyonu %7.5, “diğer” kompulsiyonlar (dokunma, ezberleme, tam doğru yapma ihtiyacı) %78.8 oranlarında saptanmıştır.

Subklinik OKB grubunda ise, yukarıdaki kompulsiyon kategorileri sırasıyla; %33.8, %40, %27.5, %31.3, %13.8, %3.8, %72.5 oranlarında saptanmıştır.

Cinsiyetin her bir obsesyon ve kompulsiyon kategorisi için ayrı ayrı, sağlıklı, OKB ve subklinik OKB gruplarına dağılışı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

OKB'de cinsiyetin her bir obsesyon ve kompulsiyon kategorisi için dağılışı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Her bir semptom için ayrı ayrı, OKB ve subklinik OKB gruplarında; obsesyon ve kompulsiyon kategorilerinin içeriği ve başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Obsesyon ve kompulsiyon kategorilerinin içeriğine göre dağılımları tablo 17 ve 18'de gösterilmiştir.

Tablo17: Obsesyon kategorilerinin içeriğine göre dağılımı (Aynı çocukta değişik belirtiler bir arada görülebildiği için, toplam sayı %100'ü aşmaktadır).

OBSESYON İÇERİĞİ	OKB		subklinik OKB	
	n	%	n	%
İmpulsif şekilde kendini/ diğerlerini yaralama obsesyonu	69	86.3	52	65
Simetri, eşitlik, düzen obsesyonları	39	48.8	20	25
Kirlilik ve hastalık obsesyonları	26	32.5	29	36.3
Dini obsesyonlar	19	23.8	14	17.5
Bedensel obsesyon	5	6.3	—	—

Tablo 18: Kompulsiyon kategorilerinin içeriğine göre dağılımı (Aynı çocukta değişik belirtiler bir arada görülebildiği için, toplam sayı %100'ü aşmaktadır).

Kompulsiyon İçeriği	OKB		subklinik OKB	
	n	%	n	%
Sayı sayma kompulsiyonu	35	43.8	27	33.8
Kontrol kompulsiyonu	34	42.5	32	40
Tekrar kompulsiyonu	33	41.3	22	27.5
Düzen kompulsiyonu	27	33.4	25	31.3
Temizleme ve yıkama kompulsiyonu	17	21.3	11	13.8
İstifleme kompulsiyonu	6	7.5	3	3.8
“Diğer” kompulsiyonlar ¶¶ (dokunma, ezberleme, tamdoğru yapma ihtiyacı)	63	78.8	58	72.5

¶¶ Bu kategori birden fazla ve değişik kompulsiyonları içerdiği için toplam % oranları yüksek görülmektedir. Ayrıntılı dağılımlar daha sonra gösterilecektir.

Obsesyon ve kompulsiyon kategorilerinin alt grupları, içeriğe göre daha ayrıntılı incelendiğinde, obsesyon kategorilerinin içeriğe göre alt gruplarının dağılımı tablo 19'da gösterilmiştir. OKB grubunda; korkunç birşey olacak korkusu %57.5, yanlış gidecek birşeylerden sorumlu olma obsesyonu %43.8, simetri, eşitlik, düzen ihtiyacı obsesyonları %41.3, korkunç tasarımlar %36.3, ayıp birşeylerle ya da hakaretle ortaya atılma korkusu %32.5, başkalarını yaralama korkusu %25.0, hasta olma endişesi %21.3, beden salgıları üzerine düşünme, ya da iğrenme ile ilgili düşünsel uğraş %20.0, dini obsesyonlar %20.0, kir ve hastalık yapıcılar üzerine düşünme %17.5, kendini yaralama korkusu %15.0, başkasını hasta etme / bulaştırma endişesi %11.3, impulsif davranma korkusu %8.8 oranlarında saptanmıştır. Subklinik OKB grubunda ise, bu

obsesyon kategorilerinin içeriğe göre alt grupları sırasıyla; %37.5, %25.0, %25.0, %11.3, %13.8, %13.8, %27.5, %12.5, %17.5, %18.8, %11.3, %7.5, %16.3 oranlarında saptanmıştır. Subklinik OKB grubunda, “kendini yaralama korkusu” ile başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu semptom en sık olarak %3.9 oranlarında 8 ve 9 yaşlarında başlamaktadır. Bu semptom için OKB ve subklinik OKB grupları arasında, başlama yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Her iki tanı grubunda diğer obsesyon semptomlarında, başlama yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Her iki tanı grubunda obsesyon semptomlarında, cinsiyet yönünden anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0.05$ ).

Tablo 19: Obsesyon kategorilerinin içeriğe göre alt gruplarının dağılımı (Aynı çocukta değişik belirtiler bir arada görülebildiği için, toplam sayı %100’ü aşmaktadır).

OBSESYON KATEGORİLERİNİN İÇERİĞE GÖRE ALT GRUPLARI	OKB		SUBKLİNİK OKB	
	n	%	n	%
Korkunç birşey olacak korkusu	46	57.5	30	37.5
Yanlış gidecek birşeylerden sorumlu olmak	35	43.8	20	25.0
Simetri, eşitlik, düzen ihtiyacı obsesyonları	33	41.3	20	25.0
Korkunç tasarımlar	29	36.3	9	11.3
Ayıp birşeylerle ya da hakaretle ortaya atılma korkusu	26	32.5	11	13.8
Başkalarını yaralama korkusu	20	25.0	11	13.8
Hasta olma endişesi	17	21.3	22	27.5
Beden salgıları(örn: idrar, tükürük, gaita) üzerine düşünme, ya da iğrenme ile ilgili düşünsel uğraş	16	20.0	10	12.5
Dini obsesyonlar	16	20.0	14	17.5
Kir ve hastalık yapıcılar üzerine düşünme	14	17.5	15	18.8
Kendini yaralama korkusu	12	15.0	9	11.3
Başkasını hasta etme/ bulaştırma endişesi	9	11.3	6	7.5
İmpulsif davranma korkusu	7	8.8	13	16.3



Kompulsiyon kategorilerinin içeriğe göre alt gruplarının dağılımı tablo 20'de gösterilmiştir. OKB grubunda; birşeyleri tam ve doğru olarak yapma ihtiyacı %40, kapı, fırın, alet vs. kontrolü %36.3, dokunma %31.3, düzenleme %28.8, basamak sayma %25, sayı sayma %22.5, araba plakası ezberleme %22.5, tekrarlayıcı olarak kapıdan içeri / dışarı geçmek, sandalyeden kalkmak / oturmak %22.5, aşırı ya da törensel el yıkama %18.8, yanlış yapıp yapmadığının kontrolü %17.5, bazı sözcükleri tekrarlama kompulsiyonu %15.0, tekrar tekrar okuma %15.0, aşırı ya da törensel düş alma-banyo yapma-diş fırçalama-kendine bakım %7.5, ampul-lamba vb. sayma %6.3, ev eşyaları ya da diğer eşyaların temizliği %6.3, yoldaki arabaları sayma %6.3, zorlu istifçilik ve biriktirme %5.0, yoldaki çizgileri sayma %3.8, kötü birşey olmaması için kontrol %3.8 oranlarında saptanmıştır. Subklinik OKB grubunda ise, yukarıdaki kompulsiyon kategorilerinin içeriğe göre alt gruplarının dağılımı sırasıyla; %43.8, %32.5, %12.5, %27.5, %20.0, %11.3, %26.3, %5.0, %13.8, %13.8, %17.5, %11.3, %0, %2.5, %1.3, %3.8, %2.5, %5.0, %1.3 olarak saptanmıştır. OKB grubunda; “yanlış yapıp yapmadığının kontrolü” ile başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu semptom OKB grubunda en sık olarak %6.3 oranla 10 yaşında başlamaktadır. Bu semptomun başlama yaşı açısından OKB ve subklinik OKB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ).

Subklinik OKB grubunda “tekrarlayıcı olarak kapıdan içeri / dışarı geçmek, sandalyeden kalkmak / oturmak” ile başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu semptom, subklinik OKB grubunda en sık olarak %2.6 oranında 8 yaşında başlamaktadır. Bu semptomun başlama yaşı açısından, OKB ve subklinik OKB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0.05$ ). Bu semptom için, subklinik OKB'nin başlangıç yaşı, %2.6 oranında 8 yaşında pik yapmaktadır. Sekiz yaşından sonra başlangıç saptanmamıştır. OKB grubunda ise, bu

semptomun başlangıç yaşı, %6.3 oranında 9 yaşında pik yapmakta, 7 yaşından 13 yaşına kadar, değişik oranlarda başlayabilmektedir.

Her iki tanı grubunda, yukarıda açıklananlar dışındaki kompulsiyon semptomları ile başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

OKB grubunda; “yanlış yapıp yapmadığının kontrolü” ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0.01$ ). Bu semptom, erkeklerde ( $n=11$ , %13.8) kızlardan ( $n=3$ , %3.8) daha fazla görülmüştür. Bu semptom açısından, OKB ve subklinik OKB grupları arasında, cinsiyet yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). OKB grubunda, bunun dışındaki kompulsiyon semptomlarında, cinsiyet yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 20: Kompulsiyon kategorilerinin içeriğe göre alt gruplarının dağılımı. (Aynı çocukta değişik belirtiler bir arada görülebildiği için, toplam sayı %100'ü aşmaktadır)

KOMPULSIYON KATEGORİLERİNİN İÇERİĞE GÖRE ALT GRUPLARI	OKB		SUBKLİNİK OKB	
	n	%	n	%
Birşeyleri tam ve doğru olarak yapma ihtiyacı ¶¶	32	40	35	43.8
Kapı, fırın, alet vs. kontrolü	29	36.3	26	32.5
Dokunma kompulsiyonu ¶¶	25	31.3	10	12.5
Düzen kompulsiyonu	23	28.8	22	27.5
Basamak sayma kompulsiyonu	20	25.0	16	20.0
Sayı sayma kompulsiyonu	18	22.5	9	11.3
Araba plakası ezberleme ¶¶	18	22.5	21	26.3
Tekrarlayıcı olarak kapıdan içeri / dışarı geçmek, sandalyeden kalkmak / oturmak	18	22.5	4	5.0
Aşırı ya da törensel el yıkama	15	18.8	11	13.8
Yanlış yapıp yapmadığının kontrolü	14	17.5	11	13.8
Bazı sözcükleri tekrarlama kompulsiyonu	12	15.0	14	17.5
Tekrar tekrar okuma kompulsiyonu	12	15.0	9	11.3
Aşırı ya da törensel duş alma, banyo yapma, diş fırçalama ya da kendine bakım	6	7.5	—	—
Ampul, lamba vb. sayma kompulsiyonu	5	6.3	2	2.5
Ev eşyaları ya da diğer eşyaların temizliği	5	6.3	1	1.3
Yoldaki arabaları sayma kompulsiyonu	5	6.3	3	3.8
Zorlu istifçilik ve biriktirme	4	5.0	2	2.5
Yoldaki çizgileri sayma	3	3.8	4	5.0
Kötü birşey olmaması için kontrol	3	3.8	1	1.3

¶¶ işaretli semptomlar, “diğer” kompulsiyonlar kategorisine dahildirler.

OKB grubundaki bireylerde, belirli obsesyonların belirli kompulsiyonlarla birlikte görülebilmeye ilişkilerini saptamak amacıyla, simetri-eşitlik-düzen obsesyonu ile düzen kompulsiyonu arasında, diğerlerini yaralama korkusu, ayıp birşey ya da hakaretle ortaya atılma korkusu, dürtüsel davranma korkusu, yanlış gidecek birşeylerden sorumlu olma korkusu, korkunç birşey olacak korkusu ile kötü birşey olmaması için kontrol

etme kompulsiyonu arasında, beden salgıları ile ilgili düşünce uğraşları, kir ve hastalık yapıcılar üzerine düşünme, hasta olma endişesi, başkasını hasta etme-bulaştırma endişesi ile aşırı / törensel el yıkama, aşırı / törensel duş alma-banyo yapma-diş fırçalama, ev eşyası / diğer eşyaların temizliği arasındaki ilişki, ayrı ayrı araştırılmıştır. Sonuçta, simetri-eşitlik-düzen obsesyonu ile düzen kompulsiyonu arasında, beden salgıları ile ilgili düşünce uğraşları ile aşırı / törensel duş alma-banyo yapma-diş fırçalama ve ev eşyası / diğer eşyaların temizliği arasında, kir ve hastalık yapıcılar üzerine düşünme ile ev eşyası / diğer eşyaların temizliği arasında, obsesyonu olanlarda birlikte kompulsiyon görülme oranı, obsesyonu olmayıp, sadece kompulsiyon görülenlerden, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Bu sonuçlar ve p değerleri tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21: OKB grubunda, obsesyon ve kompulsiyonlardan bir arada görülme oranı yüksek olanlar

OBSESYON	KOMPULSİYON	Aradaki ilişkiyi gösteren p değerleri
Simetri-eşitlik-düzen obsesyonu	Düzen kompulsiyonu	p = 0.001
Beden salgıları ile ilgili düşünce uğraşları	Aşırı / törensel duş alma-banyo yapma-diş fırçalama	p < 0.05
Beden salgıları ile ilgili düşünce uğraşları	Ev eşyası / diğer eşyaların temizliği	p < 0.05
Kir ve hastalık yapıcılar üzerine düşünme	Ev eşyası / diğer eşyaların temizliği	p < 0.05

#### 4-8 OKB’ye Eşlik Eden Özelliklerle İlgili Veriler

OKB grubunda eşlik eden özellikler araştırıldığında; kararsızlık %70, obsesif yavaşlık %66.3, aşırı sorumluluk duygusu %62.5, kaçınma %55, obsesif şüphencilik %53.8 oranlarında saptanmıştır. Sublinik OKB grubunda ise, yukarıda belirtilen eşlik eden özellikler sırayla; %28.8, %17.5, %18.8, %11.3, %31.3 oranlarında saptanmıştır.

Obsesif Kompulsif Bozukluğa eşlik eden özellikler ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak, eşlik eden özelliklerin sıklığı yönünden, OKB ve Subklinik OKB tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Bu analiz için p değerleri; “kararsızlık”, “obsesif yavaşlık”, “aşırı sorumluluk duygusu” ve “kaçınma” için  $p<0.0001$ , “obsesif şüphecilik” için ise  $p<0.001$  şeklindedir. Eşlik eden özelliklerin tanı gruplarına göre dağılımı ve p değerleri tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22: Eşlik eden özelliklerin tanı gruplarına göre dağılımı (Aynı çocukta birden fazla özellik görülebildiği için, toplam değerler %100’ü aşmaktadır).

	OKB		SUBKLİNİK OKB		İki tanı grubu arasındaki p değerleri
	n	%	n	%	
KARARSIZLIK	56	70	23	28.8	$p<0.0001$
OBSESİF YAVAŞLIK	53	66.3	14	17.5	$p<0.0001$
AŞIRI SORUMLULUK DUYGUSU	50	62.5	15	18.8	$p<0.0001$
KAÇINMA	44	55	9	11.3	$p<0.0001$
OBSESİF ŞÜPHECİLİK	43	53.8	25	31.3	$p<0.001$

#### 4-9 Presipitan Faktörler ve Semptomların Zaman İçinde Değişkenliği

OKB grubunda %45 olguda, bozukluğu tetikleyici faktör belirtilmiş, %55 olguda ise böyle bir faktör belirtilmemiştir. Subklinik OKB grubunda, %18.7 olguda bozukluğu tetikleyici faktör belirtilmiş, %81.3 olguda ise böyle bir faktör belirtilmemiştir. Her iki tanı grubu arasında presipite edici faktör bildirilmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Buna göre, OKB grubunda %45 olguda, bozukluğu tetikleyici bir faktör bildirilirken, subklinik OKB grubunda, bu

oran sadece %18.7'dir. Bozukluğu presipite edici faktörlerin dağılımı tablo 23'de gösterilmiştir.

OKB grubunda belirtilen tetikleyici faktörler; %12.5 oranında ailede birinin hastalanması, %8.8 oranında ebeveynler arasında geçimsizlik, %7.5 oranında okul başarısızlığı, %6.3 oranında arkadaş uyum sorunu, %5 oranında ailede kayıp, %3.8 oranlarında ekonomik zorluk ve aile büyükleriyle geçimsizlik, %2.5 oranında anne baba boşanması, %1.3 oranlarında çocuğun rahatsızlanması ve evde yalnız kalma şeklinde saptanmıştır. Sublinik OKB grubunda ise belirtilen tetikleyici faktörler; %3.8 oranlarında ailede birinin hastalanması ve ailede kayıp olayları, %2.5 oranlarında ebeveynler arasında geçimsizlik, göç, okula başlama, aile büyükleriyle geçimsizlik, %1.3 oranlarında arkadaş uyum sorunu, çocuğun rahatsızlanması, kafa travması, evde şiddete maruz kalma ve anne baba boşanmasıdır.

Her iki tanı grubunda da presipite edici faktör bildirilmesi ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

OKB grubunda %48.8 olguda belirtiler zaman içerisinde aynı kalmış, %51.2 olguda ise değişiklik göstermiştir. Sublinik OKB grubunda, %45 olguda belirtiler zaman içerisinde aynı kalmış, %51.2 olguda ise değişiklik göstermiştir. OKB grubundaki her çocuktan bu konuyla ilgili yanıt alınmış olup, sublinik OKB grubundan, %3.8 olgudan, belirtilerin zaman içindeki değişkenliği ile ilgili yanıt alınamamıştır. Semptomların zaman içindeki değişkenliğiyle ilgili olarak tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Tanı gruplarında belirtilerin zaman içindeki değişkenliği tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 23: Bozukluğu presipite edici faktörlerin dağılımı (Bazı çocuklar birden fazla tetikleyici faktör bildirmişlerdir).

	OKB		SUBKLİNİK OKB	
	n	%	n	%
Tetikleyici faktör belirtmeyen çocuk sayısı	44	55	65	81.3
Tetikleyici faktör belirten çocuk sayısı ***	36	45	15	18.7
<b>TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER (Birden çok faktör bildiren vardır)</b>				
Ebeveynler arasında geçimsizlik	7	8.8	2	2.5
Ekonomik zorluk	3	3.8	—	—
Göç	—	—	2	2.5
Arkadaş uyum sorunu	5	6.3	1	1.3
Ailede birinin hastalanması	10	12.5	3	3.8
Çocuğun rahatsızlanması	1	1.3	1	1.3
Kafa travması	—	—	1	1.3
Ailede kayıp	4	5	3	3.8
Okula başlama	—	—	2	2.5
Okul başarısızlığı	6	7.5	—	—
Evde yalnız kalma	1	1.3	—	—
Evde şiddete maruz kalma	—	—	1	1.3
Aile büyükleriyle geçimsizlik	3	3.8	2	2.5
Anne baba boşanması	2	2.5	1	1.3

\*\*\* Her iki tanı grubu arasında presipite edici faktör bildirilmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

Tablo 24: Tanı gruplarında belirtilerin zaman içinde değişkenliği

	OKB		SUBKLİNİK OKB	
	n	%	n	%
Belirtileri zaman içinde aynı kalanlar	39	48.8	36	45
Belirtileri zaman içinde değişiklik gösterenler	41	51.2	41	51.2
Yanıt alınamayanlar	—	—	3	3.8

## TARTIŞMA

Tartışma bölümü, verilerin “gereç ve yöntem” ve “sonuçlar” bölümünde yer alma sırası esas alınarak düzenlenmiştir.

Bu çalışmada, çocuk ve ergenlerde OKB sıklığını araştırmak amacıyla Bursa'nın iki merkez ilçesinden, toplam 1556 çocuğun velisinden anket yoluyla cevap alınmış, anket sonuçlarına göre toplam 805 çocuk, bireysel olarak değerlendirilmiştir. Bursa merkez ilçelerindeki, 1997-1998 eğitim ve öğretim yılındaki, 4-5-hazırlık-6-7-8. sınıflara ait toplam öğrenci sayısı, 102,273 olup, bizim tarama amacıyla anket formu gönderdiğimiz çocuk sayısı, bu sınıflardaki toplam öğrenci sayısının %1.7'sini (n=1709) oluşturmaktadır. Tarama sonucunda, anket cevabı elimize geçen çocuk sayısı, genel sayının %1.5'ni (n=1556), bireysel olarak değerlendirilen çocuk sayısı ise, genel sayının %0.79'nu (n=805) oluşturmaktadır. Anketle tarama yapıldıktan sonra, bireysel görüşmeye alınan çocuk sayısının 805 olması, bilindiği kadarıyla, Türkiye'de çocuk ve ergenler üzerinde OKB epidemiyolojisi ile ilgili olarak yapılan, ilk geniş kapsamlı toplumsal çalışmayı teşkil etmektedir. Sonuçlar, Bursa merkez ilçelerinden, yaş ortalaması  $11.99 \pm 1.39$  olan bir örneklem grubunda OKB ve subklinik OKB'nin görülme oranlarını göstermektedir.

Değerlendirmeler sonucunda 80 çocuk OKB (%9.9), 80 çocuk subklinik OKB (%9.9) tanısı almıştır. Sağlıklı olarak değerlendirilenler ise 645 (%80.2) çocuktur. 1556 kişi üzerinden değerlendirildiğinde; OKB grubunda, bozukluğun görülme oranı %5.1 olarak hesaplanmıştır. Bu oran kızlarda %2.7, erkeklerde %2.4'tür. Subklinik grupta, bozukluğun görülme oranı %5.1 olarak hesaplanmış olup, bu oran kızlarda %2.0, erkeklerde ise %3.1'dir. Literatürde bildirilen en son prevalans çalışmalarından, Zohar (1992); 16-17 yaş toplumsal örneklem grubunda, (n=562) İsrail'de OKB prevalansını



%3.56±0.72 olarak, subklinik OKB prevalansını ise %1.25 olarak bildirmiştir (10). Valleni-Basile ve ark. (1994) ise, 12-15 yaş toplumsal örneklem grubunda, (3283 çocuk taranmış, 488 çocuk bireysel değerlendirilmiş) OKB prevalansını %3, subklinik OKB prevalansını ise %19 olarak saptamışlardır (10). Bizim oranlarımız, toplumsal örneklerde OKB hızının, klinik örneklemden daha fazla olabileceğini öneren literatür bilgileriyle (8,10) uyumlu olarak, klinik örnekleme dayalı eski prevalans çalışmalarından (45,54) daha yüksektir. Bizim sonuçlarımız her ne kadar prevalans hızını yansıtmıyorsa da, OKB ve subklinik OKB sıklığının, herbirinin %5.1 oranında saptanması, iyi tanındığı ve araştırıldığı takdirde, bu bozukluğa, toplumsal örnekleme daha fazla rastlanabileceğini belirten, yukarıdaki çalışmaların (8,10) bilgileriyle uyumludur.

Çalışmamızda, yaş ortalaması daha küçük olan bir örneklem grubunda, OKB görülme oranı, Zohar (1992) ve Valleni-Basile'nin (1994) çalışmalarının sonuçlarından (10), daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, bizim toplumumuzda bu bozukluğun daha fazla görüldüğü olasılığını akla getirmekle birlikte, bu artış, Evans (1997), Leonard (1989), Rachman'ın (1977) bildirmiş olduğu, normal gelişimsel dönemle sınırlı olan ve sonra kaybolan obsesyon ve kompulsiyon benzeri davranışlarla (19-21) ilişkili olup, sonraki yıllarda bu belirtiler kaybolabilir. Nitekim, 805 çocuktan %11.2'sinin, sadece geçmişte mevcut olan obsesyon ve kompulsiyon benzeri semptomlardan bahsetmiş olup, bizim görüşmemizde "sağlıklı" grupta değerlendirilmiş olmaları, bu çocuklarda söz konusu olan semptomların, Evans (1997), Leonard (1989), Rachman'ın (1977) işaret ettiği, normal gelişimsel dönemle sınırlı olan ve sonra kaybolan obsesyon ve kompulsiyon benzeri davranışlar (19-21) çerçevesinde yer aldığını düşündürmüştür. Ülkemizde, Palulu ve ark. tarafından, 8-16 yaş grubunda, 1762 kişilik toplumsal örnekleme (Ankara ili içindeki öğrencilerden seçilen), OKB görülme sıklığını

belirlemek üzere, Leyton Obsesif-Kompulsif Envanteri (LOI)-Çocuk Formu ve Leyton Obsesyon Envanteri-Öğretmen Değerlendirmesine göre yapılan tarama sonucunda, OKB görülme sıklığı; LOI-Çocuk Formunda %10.4, LOI-Öğretmen Değerlendirmesi Formunda %13.6 oranında bulunmuştur (82). Bu oranlar, bizim çalışmamızda, 1556 kişi üzerinden hesaplandığında, %5.1 oranında OKB, %5.1 oranında Subklinik OKB görülmesi şeklindeki sonuçlardan fazladır. Bu durumun metotsal farklılıktan kaynaklandığı, bireysel değerlendirme yapmaksızın, sadece anket formuna dayalı olarak yapılan toplumsal tarama çalışmalarının, gerçek oranları yansıtmakta daha az duyarlı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, doğum sırası ve toplam çocuk sayısının, tanı gruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu bulgular, OKB'nin tek / ilk doğan çocuklarda daha fazla olduğunu bildiren çalışmalarla (51,53,61) uyumsuz olup, doğum sırası ve aile büyüklüğünün OKB etiyopatogenezinde rolü olmadığını bildiren çalışmalarla (13,47,62) uyumludur.

Çalışmamızda anne babasıyla birlikte yaşayanlar ve parçalanmış aileden gelenlerde (boşanmış aile çocukları, sağ tek anneye, sağ tek babayla, akrabayla birlikte yaşayanlarda), tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ayrıca annenin ve babanın eğitim düzeyi ile tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu bulgular, Swedo ve ark. (1989) ile Riddle ve ark.'nın (1990); OKB'li çocukların sıklıkla orta veya orta-üst sınıftan ve parçalanmamış ailelerden geldiğini bildiren (2,50) çalışmalarıyla uyumsuz olup, Toro ve ark.'nın (1992); OKB'li çocuklar arasında sosyoekonomik düzey ve aile bütünlüğü açısından anlamlı farklılık bildirmeyen çalışmasıyla (51) paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda OKB ve subklinik OKB gruplarının her ikisinde de cinsiyet yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. OKB tanısı alanların,

42'si kız, 38'i erkektir. Kızlar hafifçe daha fazla olmakla birlikte kız / erkek oranı 1.1, yani yaklaşık eşittir. Bu bulgular OKB'de kız / erkek oranını yaklaşık eşit bulan diğer çalışmalarla (10,13,50) uyumludur. OKB tanısı alan erkeklerin daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar da (2,51,53-54,83) mevcuttur. Subklinik OKB tanısı alanların ise, 32'si kız, 48'i erkektir. Subklinik grupta erkekler daha fazla olup, erkek / kız oranı 1.5 olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada, geniş bir toplumsal kitleye ulaşmak hedeflendiği için, velilerden zaman açısından en ekonomik şekilde bilgi alabilmek amacıyla OKB tanı ve semptom kriterlerini sorgulayan ve tanı koymaya yardımcı olacak bir anket formuna ihtiyaç duyulmuştur. Türkiye'de daha önceden bu amaçla kullanıldığı belirtilen bir anket formuna rastlanmadığından, çocuk ve ergenlerde, OKB taramasında kullanılabilmesi ve tanının konmasında yardımcı olması hedeflenen kısa bir anket formu, tarafımızdan geliştirilmiştir. Anket formunu dolduran kişi (anne / baba/ diğer bir kişi) ile tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Çalışma sonunda, bu anket formunun istenen amaca ne derecede ulaştığını saptamak amacıyla, tarafımızdan muayene edilmiş olan 805 çocuğun ve velilerinin "mevcut" olarak değerlendirdikleri semptomlar, birbirleri arasındaki tutarlılıkları açısından araştırılmıştır. Bunun sonucunda, dini obsesyonlar, impulsif şekilde kendini / diğerlerini yaralama obsesyonu, sayı sayma ve düzen kompulsiyonları ile ilgili sorularda, velinin anket formunda verdiği cevaplarla, çocuğun görüşmede verdiği cevaplar birbiriyle tutarlı bulunmuştur. (Aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır,  $p>0.05$ ). Bu durum bu semptomlarla ilgili soruların, veliler tarafından yeterli anlaşılabilir şekilde hazırlandığını göstermektedir. Simetri-eşitlik-düzen obsesyonları ( $p<0.001$ ), kirlilik ve hastalık obsesyonları ( $p<0.001$ ), kontrol kompulsiyonu ( $p<0.0001$ ), tekrar kompulsiyonu ( $p<0.0001$ ), temizleme ve yıkama kompulsiyonu ( $p<0.05$ ), zorlu

istifçilik ve biriktirme kompulsiyonu ( $p<0.0001$ ), “diğer” kompulsiyonlar ( $p<0.001$ ) semptomlarında ise, velinin anket formunda verdiği cevaplarla, çocuğun görüşmede verdiği cevaplar, birbirleriyle tutarlılık göstermemiştir. Belirtilen bu semptomlardaki tutarsızlığın nedenleri; bu maddelerin veliler tarafından tam anlaşılamayacak şekilde ifade edilmiş olmasıyla ilgili olarak metotsal nedenlere bağlı olabilir. Ek olarak, çocuklar bu maddelerde ifade edilen belirtilerini, anne ve babalarından gizlemiş olabilirler veya aileler bu belirtileri önemsememiş / fark etmemiş olabilirler. Aradaki bu tutarsızlığın nedenlerini araştırdığımızda, saptanma yaşı her bir semptom açısından, değerlendirildiğinde; kontrol etme ( $p<0.05$ ) ile zorlu istifçilik ve biriktirme kompulsiyonlarında ( $p<0.01$ ), velinin bildirdiği semptomlarla, çocukta saptanan semptomlar arasındaki tutarsızlığın, çocuğun saptanma yaşı ile istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur. Her iki semptomda da saptanma yaşları 12 ve 13 yaşlarında yoğunlaşmaktadır. Bu durum, özellikle prepüberte döneminde, çocukların, yaşadıkları yoğun ruhsal değişiklikler nedeniyle, ebeveynleri tarafından zor anlaşılıyor olmalarının ve bu dönemde, çocukların normal gelişimsel süreçleriyle ilişkili olarak sergiledikleri bazı davranışlarının, ebeveynleri tarafından “aşırı / anormal” olarak algılandığının bir göstergesi olabilir. Metotsal olarak, aradaki tutarsızlığın nedenleri, tarafımızdan araştırıldığında, bazı semptomlarda, aradaki tutarsızlıkların anne ve / veya babanın eğitim düzeyi düştükçe arttığı gözlenmiştir. Örneğin, kirlilik ve hastalık obsesyonlarıyla ve “diğer” kompulsiyonlarla ilgili tutarsızlığın, annenin eğitim düzeyi ile, yıkama kompulsiyonuyla ilgili tutarsızlığın, anne ve babanın eğitim düzeyi ile, kontrol kompulsiyonu ile ilgili tutarsızlığın ise babanın eğitim düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır (p değerleri sonuçlar bölümünde ifade edilmiştir). Tüm bu sonuçlar, bireysel değerlendirme olmaksızın, sadece anket formuna dayalı olarak yapılacak toplumsal araştırmaların, gerçek sayıları

yansıtmayabileceği gerçeğini bir kez daha göstermektedir. Toplumsal çalışmamızda kullanılmış olan bu anket formunun, veliler tarafından daha iyi anlaşılabilir bir hale getirilmesi, tarama ve tanı koymada yardımcı olabilmesi için, yukarıda belirtilmiş olan, tutarlılık göstermeyen maddelerin, yeniden düzenlenmesine ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın bir diğer hedefi, çocuk ve ergenlerde OKB tanısının en uygun şekilde konulmasını sağlayacak tanı yöntemlerinin araştırılmasıdır. Bu amaçla, çocuklar öncelikle DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterlerine göre gözden geçirilmiştir. Ruhsal değerlendirme esnasındaki gözlemler sonucunda, erişkinler için geçerli olan kriterlerin, çocuklara tanı koymada tam yeterli olmadığı kanısına varılmıştır. Ek olarak, hekimin kendi tecrübelerinden yararlanarak, hastanın genel durumu hakkındaki kanısının önemli olabileceği düşünülerek, değerlendirmelerde Klinik Global İzlenim de göz önüne alınmıştır. DSM kriterlerine göre görüşme yapıldığında sadece 19 çocuk A ve / veya B ve C kriterlerinin hepsine “sıklıkla / her zaman” yanıtını vermiş ve OKB olarak kabul edilmiştir. 133 çocuk bu kriterlere “bazen” yanıtı vermiş ve subklinik OKB olarak kabul edilmiştir. 653 çocuk ise bu kriterlere “hayır” yanıtı vermiş ve sağlıklı olarak kabul edilmiştir. Klinik global izlenime göre değerlendirmede ise; semptomlarla ilgili örnekler açık uçlu sorularla zenginleştirilip, çocukların hekim tarafından anlaşıldıklarını hissetmeleri sağlandıktan sonra, DSM tanı kriterleri zemininde, semptomlarını hekimle paylaşırken, olaya emosyonel katılımları da gözönüne alınmıştır. Bu durumda, ilk tanı yöntemiyle subklinik olarak kabul edilen çocuklardan 57 tanesi daha OKB tanısı almıştır. İlk tanı yöntemiyle sağlıklı olarak kabul edilen çocuklardan 8 tanesi ise görüşmenin ilerlemesi ve semptomlarla ilgili örneklerin arttırılması üzerine, kriterlerin bir kısmına “bazen” yanıtı vermiş ve subklinik gruba dahil edilmiştir. Sonuç olarak, Klinik Global İzlenimin (KGI) tanısal değerlendirmeye katılmasıyla; 645 çocuk sağlıklı, 76 çocuk OKB, 84 çocuk ise subklinik OKB tanısı almıştır. Bundan sonra, son

değerlendirmeye göre, OKB ve subklinik OKB tanısı almış olan çocuklara Y-BOCS'un çocuklar için olan versiyonunun (79), Prof Dr. Suna Taneli tarafından türkçeye çevrilmiş olan şeklinin, uygulanması sonucunda, bir önceki yonteme göre subklinik tanı almış olanlardan 6 çocuk OKB grubuna, OKB tanısı almış olanlardan 2 tanesi ise subklinik gruba dahil edilmiştir. KGİ ve Y-BOCS'a göre tanı koyma yöntemleri karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu iki tanı yönteminin karşılaştırılmasında, tanımlayıcılık oranı 0.97, geçerlilik ölçütü ise 0.95 olarak saptanmıştır. Sonuçta Y-BOCS'a göre değerlendirmede; 80 çocuk OKB, 80 çocuk subklinik OKB, 645 çocuk ise sağlıklı olarak değerlendirilmiştir. Bu yöntem ile KGİ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ve veriler objektif bir ölçek skalasıyla değerlendirildiği için bu çalışmada tanı gruplarının oranlarıyla ilgili hesap ve tartışmalar Y-BOCS'un sonuçları esas alınarak yapılmıştır. Bu bulgular sonucunda, DSM erişkin tanı kriterleri, çocuklara tanı koymak için uygun olmakla birlikte; görüşme esnasında kriterlerin katı bir şekilde sorgulanmasından ziyade, ilk etapta semptomlara yönelik açık uçlu sorularla örnekler zenginleştirildiği takdirde, çocuğun konuyu daha iyi anlayıp, kendisini daha rahat hissedeceği, bu ortamın sağlanmasından sonra, çocuğun olaya emosyonel katılımının da göz önüne alınmasının, vakaların gözden kaçırılma oranını düşüreceği düşünülmektedir.

Taramayla saptanan semptomların yaşlara göre dağılımına bakıldığında, OKB grubunu; %25 oranında 11 yaş grubu, %22.5 oranında 12 yaş grubu, %18.8 oranında 14 yaş grubu, %15 oranında 13 yaş grubu, %15 oranında 10 yaş grubu, %3.8 oranında ise 15 yaş grubu oluşturmuştur. Subklinik tanı grubunda; 10, 11 ve 13 yaş gruplarının herbiri %25 oranında, 12 yaş grubu %13.8, 14 yaş grubu %8.8, 15 yaş grubu ise %2.5 oranında saptanmıştır. Her iki tanı grubu arasında saptanma yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). OKB tanısı kız çocuklarda

en sık %3.2 oranında 12 yaşında, %2.6 oranında 13 yaşında, %1.9 oranında ise 11 yaşında saptanmış, erkeklerde ise en sık %3.0 oranında 11 yaşında, %2.1 oranında 14 yaşında tespit edilmiştir. Bu durum, Honjo ve ark. (1989) tarafından bildirilen, bozukluğun erkeklerde 11-14, kızlarda ise 11-13 yaşlarında pik yaptığını ifade eden sonuçlarla (47) uyumludur.

Çalışmamızda OKB grubunda ortalama başlangıç yaşı,  $8.96 \pm 2.03$ , dağılımı 4-13 yaşdır. Riddle ve ark. (1990); ortalama başlama yaşını 5-14 arasında değişecek şekilde,  $9.0 \pm 2.9$  olarak belirtmişler ve başlama yaşı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (50). Swedo ve ark. (1989); ortalama başlama yaşını 10.1 olarak (2), Hollinsworth ve ark. (1980); ortalama başlama yaşını 9.6 olarak (45), Hanna ve ark. (1995); ortalama başlama yaşını 10.0 olarak (53), Thomsen ve ark. (1991); ortalama başlama yaşını 10.4 olarak (54) bildirmişlerdir. Bizim sonuçlarımız, OKB'de ortalama başlangıç yaşı açısından, bu çalışmalarla uyumludur. Bunun dışında, Rapoport ve ark. (1981); ortalama başlangıç yaşını  $9.5 \pm 4.1$  olarak (7), Flament ve ark. (1988); ortalama başlangıç yaşını 12.8 olarak (13), Honjo ve ark. (1989) ortalama başlangıç yaşını 11.6 olarak (47) belirtmişlerdir. Ayrıca, çalışmamızda, subklinik OKB grubunda ortalama başlangıç yaşı  $9.0 \pm 1.99$  olarak, yaş dağılımları 4-14 yaşlar arasında bulunmuştur. Her iki tanı grubu arasında ortalama başlangıç yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Çalışmamızda başlangıç yaşı ve cinsiyet arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu bazı çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu (50-51,54) olup, başlangıç yaşının erkeklerde kızlardan daha erken olduğunu belirten çalışmalarla (4,8,54) ise uyumsuzdur.

OKB grubu şiddet dağılımı açısından gözden geçirildiğinde; şiddetin hafif olduğu olgular %66.2, şiddetin orta olduğu olgular %31.3, şiddetli olgular ise %2.5 oranında saptanmıştır. Bu sonuçlar, toplumsal örnekleme bozukluğun daha çok hafif

seyrettiğini düşündürmektedir. OKB grubunda sadece 4 olgu (%5), bu şikayeti için önceden hekime başvurmuştur. Başvuru yapanların; orta şiddette bozukluğu olanlardan 2 kişi (%2.5), hafif şiddette bozukluğu olanlardan 2 kişi (%2.5) olmaları, hastaların çoğunun ancak işlevsellikte belirgin bir kayıp olduğu takdirde hastaneye başvurduğunu bildiren çalışmaların (5,7,10,13) yorumlarıyla uyumludur. Şiddetli olan iki olgu ise önceden hiç hekime başvurmamıştır. Bu sonuçlar; toplumumuzda, ailelerin çocuk ruh sağlığı konusunda yeterli bilince sahip olmadıkları ve her ne kadar çocuklar tarafından gizli tutulma eğilimi yüksekse de, obsesif kompulsif bozukluğun, halk arasında yeteri kadar tanınmadığı kanaatini uyandırmıştır. Aras ve ark., ülkemizde yaptıkları çalışmada, OKB başladıktan sonra, okul başarısında %40 düşme saptamışlardır (83). Bu durum, toplum sağlığı açısından, ailelerin bu bozukluk konusunda bilinçlenmelerinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

OKB'nin şiddet dağılımı ve çocuğun parçalanmış / parçalanmamış aileden gelmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu sonuç; ailesel faktörlerin bozukluğun ortaya çıkışını tetiklemekle birlikte, bozukluğun şiddetini etkilemeyeceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastalığın başlangıç yaşı ve cinsiyet dağılımı ile şiddet dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu sonuçlar Hanna ve ark.'nın (1995), 10 yaşından önce hastalık başlayan erkeklerde ve 10 yaşından sonra hastalık başlayan kızlarda bozukluğun daha şiddetli olduğunu bildiren klinik tabanlı örneklem grubundaki sonuçlarıyla (53) uyumsuzdur.

Fenomenolojik özelliklere bakıldığında, çalışmamızda OKB grubunda, obsesyon şekilleri sıklık sırasına göre; korku (%50), düşünce (%28.9), şüphe (%15), hayal (%11.3), inanç (%2.5), dürtü (%1.25) şeklinde saptanmıştır. Çalışmamızın, fenomenolojik özelliklerle ilgili sonuçları, Genel Bilgiler bölümünde, tablo 2 ve 3'te



özetlenmiş olan literatür bilgileri ışığında gözden geçirilip, tartışılmıştır. Buna göre; sıklık sırası açısından, ilk iki sırada “korku” ve “düşünce”nin yer almış olması, Khanna ve ark.’nın (1988) erişkinlerde saptadıkları sıralamayla (46), uyumludur.

Çalışmamızda, OKB’de saptanan kompulsiyon şekilleri sıklık sırasına göre; dokunma, sayma, ezberleme şeklindeki törensel davranışlar (%57.5), kontrol (%43.8), tekrarlama (%36.3), düzenleme (%33.4), yıkama (%20) ve istifleme (%7.5) şeklindedir. Kompulsiyon kategorileri içeriğine göre değerlendirildiğinde, törensel davranışlar grubunda en sık sayı sayma kompulsiyonu, %43.8 oranında tespit edilmiştir. Literatürde ise, Thomsen ve ark. (1991), çocuk ve ergenlerden oluşan klinik popülasyonda en sık görülen kompulsiyon şeklini, %64 oranında “törensel davranışların” oluşturduğunu bildirmişlerdir. Bunu, %13 oranında tekrar, %10 oranında ise kontrol davranışlarının izlediğini saptamışlardır (5). Swedo ve ark. (1988), klinik örnekleme, kompulsiyonları sıklık sırasına göre; temizleme-yıkama (%85), tekrarlama (%51), kontrol etme (%46), dokunma (%20), sayma (%18), düzenleme (%17), ve istifleme (%11) şeklinde bildirmişlerdir (2). Valleni-Basile ve ark. (1994); toplumsal ergen örnekleminde, OKB’de kompulsiyon şekillerini sıklık sırasıyla; düzenleme (%56), sayma (%41), istifleme (%38), yıkama (%17), kontrol etme (%12) olarak saptamışlardır (10). Flament ve ark. (1988); toplumsal ergen örnekleme en sık yıkama ve temizleme (%85), kontrol etme (%40), düzenleme (%35), tekrarlama (%15) kompulsiyonlarını bildirmişlerdir (13). Riddle ve ark. (1990); klinik örnekleme dayalı çalışmalarında, kompulsiyon şekillerini sırasıyla, tekrarlama (%76), yıkama (%67), düzenleme (%62), kontrol (%57), törensel sayma davranışı (%24), istifleme (%10) olarak belirtmişlerdir (50). Bizim bulgularımız, kompulsiyon şekillerinde birinci sırada, törensel davranışların yer alması açısından Thomsen ve ark.’nın (1991) çalışmasıyla uyumludur. Swedo ve ark.’nın (1988) kontrol etme ve istifleme, Flament ve ark.’nın

(1988) kontrol etme, düzenleme, Riddle ve ark'nın (1990) istifleme kompulsiyonları ile ilgili olan yüzdeleri bizim sonuçlarımızla, genel olarak uyumludur. Bu çalışmalarda, oranlar değişkenlik göstermekle birlikte, genel olarak, yıkama, tekrar ve kontrol etme kompulsiyonları en sık görülenler arasında bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da kontrol ve tekrar kompulsiyonları sık görülen semptomlar arasında olmasına rağmen, yıkama kompulsiyonu 5.sırada yer almaktadır. Bu sonuç, Noshirvani ve ark.(1991) tarafından bildirilen; hastalığı erken başlayanlarda (5-15 yaş) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha çok kontrol etme, geç başlayanlarda (26-35 yaş) ise daha çok yıkama kompulsiyonlarının sık görüldüğüne dair (49) bulgularla uyumlu olabilir. Ayrıca yıkama kompulsiyonu ile ilgili olarak saptadığımız sıklık sıralaması ve oran Valleni-Basile ve ark.'nın (1994) sonuçlarıyla uyumludur.

Minichiello ve ark. (1990), temizleme kompulsiyonlarının kızlarda daha sık olduğunu (10), Swedo ve Rapoport (1989), sayma kompulsiyonlarının erkeklerde daha sık görüldüğünü (49) bildirmişlerdir. Çalışmamızda OKB grubunda obsesyon ve kompulsiyonların şekli ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak, kompulsiyon içeriklerinin alt gruplarından “yanlış yapıp yapmadığının kontrolü”, erkeklerde kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde ( $p<0.01$ ) daha fazla saptanmıştır (erkeklerde %13.8 , kızlarda %3.8). Bu durum, toplumumuzda erkeklere yönelik beklentinin daha fazla olduğunun, bir göstergesi olabilir. Bu sonuç, bazı kompulsiyon türlerinde cinsiyet farkı görülebilmesi yönünden Minichiello (1990) ile Swedo ve Rapoport'un (1989) bulgularıyla uyumlu, ancak, cinsiyet ve kompulsiyon türü arasında anlamlı farklılık saptamayan Toro'nun (1992) bulgularıyla (51) uyumsuzdur.

Obsesyon kategorilerinin içeriklerine göre alt grupları sıralandığında, çalışmamızda, OKB grubunda; korkunç birşey olacak korkusu %57.5, yanlış gidecek

birşeylerden sorumlu olma obsesyonu %43.8, simetri, eşitlik, düzen ihtiyacı obsesyonları %41.3, korkunç tasarımlar %36.3, ayıp birşeylerle ya da hakaretle ortaya atılma korkusu %32.5, başkalarını yaralama korkusu %25.0, hasta olma endişesi %21.3, beden salgıları üzerine düşünme, ya da iğrenme ile ilgili düşünsel uğraş %20.0, dini obsesyonlar %20.0, kir ve hastalık yapıcılar üzerine düşünme %17.5, kendini yaralama korkusu %15.0, başkasını hasta etme / bulaştırma endişesi %11.3, impulsif davranma korkusu %8.8 oranlarında saptanmıştır. Ülkemizde, Aras ve ark. tarafından, 1994-96 yılları arasındaki, klinik veri tabanına dayalı 40 çocuk ve ergen OKB'li hastada yapılan çalışmada; bizim sonuçlarımızla uyumlu olacak şekilde, kendine veya yakınlarına korkunç birşey olacağı obsesyonu birinci sırada (%62.5) yer almaktadır. Bu çalışmada, sıklık sırasına göre daha sonra, kir-mikroplar-toksinlerle ilgili kaygı (%52.5), simetri, sıralama ya da hatasızlık (%17.5) obsesyonları yer almaktadır (83). Bu konuyla ilgili diğer çalışmalar da oranları değişik olmakla birlikte en sık, kir ve mikroplarla ilgili obsesyonlar, korkunç birşey olacak korkusu, sevdiği birisinin başına zarar gelme / birisine zarar verme korkuları, simetri ve dini düşüncelerle ilgili obsesyonların görüldüğünü bildirmişlerdir (2,5,13,46-47,50-51). Çalışmamızın sonuçları, kir ve mikropla ilgili obsesyonların dışında, diğer belirtilen obsesyonların sıklığı açısından sözü geçen çalışmalarla genel olarak uyumludur.

OKB grubunda, Obsesyon kategorilerinin içeriğine göre dağılımlarına bakıldığında, çalışmamızda kirlilik ve hastalık obsesyonunun %32.5 oranında saptandığı ve impulsif şekilde kendini / diğerlerini yaralama obsesyonu (%86.3) ile simetri, eşitlik, düzen obsesyonlarını (%48.8) takiben, literatür bilgileriyle uyumsuz olarak, 3. sırada yer aldığı görülmektedir. Kompulsiyon şekillerinin dağılımına bakıldığında ise, benzer şekilde yıkama kompulsiyonunun 5. sırada yer aldığı görülmektedir. Bu farklılık, çalışma kapsamına alınan yaştaki çocuk ve ergenlerin, hijyen konusunda ne derecede

yeterli bilince sahip oldukları sorusunu akla getirmektedir. Türkiye’de, Aras ve ark. tarafından, klinik örnekleme dayalı olarak yapılan çalışmada ise, kir-mikrop-çevresel toksinlerle ilgili kaygı obsesyonu (%52.5) ve el yıkama, duş-banyo-diş fırçalama ya da giyimini düzeltme kompulsiyonunun (%55), sıklık açısından daha ön sıralarda yer almış olması (83), toplumumuzda, bu yaş grubundaki çocuklarda, bu semptomların belki de ancak medikal yardım başvurusunu gerektirecek kadar ağır olan olgularda, öne çıkabileceğini düşündürmektedir.

OKB grubunda, obsesyon semptomlarının başlama yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>005$ ). Subklinik OKB grubunda ise, alt gruplar değerlendirildiğinde, “kendini yaralama korkusu” semptomunun başlangıç yaşı istatistiksel olarak anlamlı şekilde 8 ve 9 yaşlarında pik yapmaktadır. Bu durum, bu yaş grubunda artış gösteren agresif eğilimlerin, dışa vurulamamasıyla ilgili olabilir.

Kompulsiyon gruplarının içeriğe göre alt gruplarının dağılımında, OKB grubunda en sık olarak birşeyleri tam ve doğru yapma ihtiyacı (%40) saptanmıştır. Aynı sıralama kapsamında görülen semptomlardan; kapı, fırın, alet vs. kontrolü %36.3, dokunma %31.3, düzenleme %28.8, basamak sayma %25, sayı sayma %22.5, araba plakası ezberleme %22.5, tekrarlayıcı olarak kapıdan içeri / dışarı geçmek, sandalyeden kalkmak / oturmak %22.5, aşırı ya da törensel el yıkama %18.8, yanlış yapıp yapmadığının kontrolü %17.5, bazı sözcükleri tekrarlama kompulsiyonu %15.0, tekrar tekrar okuma %15.0, aşırı ya da törensel duş alma-banyo yapma-diş fırçalama-kendine bakım %7.5, ampul-lamba vb. sayma %6.3, ev eşyaları ya da diğer eşyaların temizliği %6.3, yoldaki arabaları sayma %6.3, zorlu istifçilik ve biriktirme %5.0, yoldaki çizgileri sayma %3.8, kötü birşey olmaması için kontrol %3.8 oranlarında saptanmıştır. En sık olarak, birşeyleri tam ve doğru yapma ihtiyacının (%40) görülmesi, OKB’li çocukların kendilerinden başarı beklentilerinin yüksek olduğunu düşündürmekte olup,

Clark ve ark'nın (1985) işaret ettiği, OKB'li çocukların ebeveynlerinin, kendilerine yönelik olan başarı ve mesleki beklentilerini, sağlıklı çocuklara göre anlamlı şekilde daha yüksek olarak algılama durumlarının (65) bir yansıması olabilir.

OKB grubunda "yanlış yapıp yapmadığının kontrolü", istatistiksel olarak anlamlı şekilde, %6.3 oranında 10 yaşında başlamaktadır. Bu durum OKB'li çocukların mükemmeliyetçiliklerinin prepüberte dönemlerinden itibaren başladığının bir göstergesi olarak düşünülebilir. Subklinik OKB grubunda; "tekrarlayıcı olarak kapıdan içeri / dışarı geçmek, sandalyeden kalkmak / oturmak" semptomunun başlangıç yaşı istatistiksel olarak anlamlı şekilde %2.6 oranında 8 yaşında pik yapmaktadır. 8 yaşından sonra başlangıç saptanmamıştır. Bu semptomun OKB grubundaki başlama yaşı %6.3 oranında 9 yaşında pik yapmakta, 7 yaşından 13 yaşına kadar değişik oranlarda başlayabilmektedir. Bu semptomun başlama yaşı açısından her iki tanı grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0.05$ ). Bu sonuç subklinik semptomların sadece erken yaşlarda ortaya çıktığını, OKB semptomlarının ise 7 yaşından sonra her yaşta başlayabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, OKB grubunda; % 11.3 olguda sadece obsesyon, %7.5 olguda sadece kompulsiyon mevcuttur. Bir ve birden çok obsesyon ve kompulsiyonun bir arada saptanma oranı ise, %81.2'dir. OKB'de, benzer şekilde, obsesyon ve kompulsiyonların sıklıkla birarada bulunduğunu bildiren bir çok çalışma vardır (2,10,50,53,83). Valleni-Basile ve ark. (1994); toplumsal ergen örneklem grubunda, %55 olguda (10), Adams ve ark. (1973) ise %78 olguda (5), obsesyon ve kompulsiyonları bir arada saptamıştır. Bizim sonuçlarımız bu bulgularla paralellik göstermekte olup, %50 çocukta sadece obsesyonun varlığını bildiren Zohar ve ark'nın (1992) bulgularıyla (10) uyumlu değildir. Çalışmamızda saf obsesifler (%11.3), saf

kompulsiflerden (%7.5) daha fazla olup, bu bulgular, saf kompulsiflerin daha fazla olduğunu belirten Swedo ve ark.'nın (1989) sonuçlarıyla (2) tezat oluşturmaktadır.

Çalışmamızda, OKB grubundaki bireylerde, belirli obsesyonların belirli kompulsiyonlarla birlikte görülebilme ilişkileri araştırıldığında, simetri-eşitlik-düzen obsesyonu ile düzen kompulsiyonu arasında ( $p=0.001$ ), beden salgıları ile ilgili düşünce uğraşları ile aşırı / törensel duş alma-banyo yapma, diş fırçalama arasında ( $p<0.05$ ), beden salgıları ile ilgili düşünce uğraşları ile ev eşyası / diğer eşyaların temizliği arasında ( $p<0.05$ ), kir ve hastalık yapıcılar üzerine düşünme ile ev eşyası / diğer eşyaların temizliği arasında ( $p<0.05$ ); obsesyonu olanlarda birlikte kompulsiyon görülme oranı, obsesyonu olmayıp, sadece kompulsiyon görülenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla saptanmıştır.

Çalışmamızda, OKB grubunda, eşlik eden özellikler sırasıyla; kararsızlık %70, obsesif yavaşlık %66.3, aşırı sorumluluk duygusu %62.5, kaçınma %55, obsesif şüphecilik %53.8 oranında saptanmıştır. Riddle ve ark.(1990); kararsızlığın %48, patolojik şüphelenmenin ise %38 oranında, çocuk ve ergenlerde ( $n=21$ , klinik örneklem) OKB'ye eşlik ettiğini bildirmiştir (50). Oranlardaki bu farklılığın, kişi sayısındaki farka veya örneklem grubunun farklı tabanları temsil etmesine bağlı olduğu düşünülmüştür. Eşlik eden özelliklerin sıklığı açısından OKB ve subklinik OKB grupları arasında karşılaştırma yapılmış ve bu özellikler OKB grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla saptanmıştır ( $p$  değerleri sonuçlar bölümünde ifade edilmiştir).

Çalışmamızda OKB grubundaki çocukların %45'i şikayetlerinin bazı faktörlerle tetiklendiğini, %55'i ise böyle bir faktörün söz konusu olmadığını belirtmiştir. Bu sonuç, bozukluğun ortaya çıkmasında, tetikleyici faktörler dışında başka nedenlerin de rol oynayabileceğini düşündürmekle birlikte, çocukların muhtemel bir tetikleyici

faktörün varlığının farkında olmamalarına da bağlı olabilir. Bizim sonuçlarımızla paralellik gösterecek şekilde, Valleni-Basile ve ark. (1996); ergen toplumsal örnekleme, istenmeyen yaşam olaylarının artmasının, OKB gelişimi açısından risk faktörü oluşturduğunu belirtmişlerdir (6). Swedo ve ark. (1989); hastaların 1/3'de semptomların dış uyaranlarla tetiklendiğini bildirmişlerdir (2). Daha farklı olarak, Honjo ve ark. (1989) ise; Japon klinik örnekleminde, %51 olguda, Aras ve ark., klinik örnekleme, %70 olguda, semptomların bir olayla tetiklenmiş olduğunu (47,83), belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, tetikleyici faktörlerin daha fazla görüldüğünü bildirmesi yönünden, bizim bulgularımızdan farklıdır. Çalışmamızda, OKB grubundaki tetikleyici faktörler değerlendirildiğinde en sık olarak, %12.5 oranında ailede birisinin hastalanması, %8.8 oranında ebeveynler arasında geçimsizlik, %7.5 oranında okul başarısızlığı, %6.3 oranında arkadaşlarla uyum sorunu bildirilmiştir. Honjo ve ark. (1989); tetikleyici faktörlerin kızlarda erkeklerden daha çok bulunduğunu ve bunların sıklıkla okul durumundan kaynaklandığını bildirmişlerdir (47). Çalışmamızda ise, bu faktörlerle cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) ve okulla ilgili faktörler üçüncü sırada yer almaktadır. Subklinik OKB grubu değerlendirildiğinde; %18.7 olguda tetikleyici faktör belirtilmiş, %81.3 olguda ise tetikleyici faktör belirtilmemiş olup, bu açıdan, OKB grubuyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık mevcuttur ( $p<0.001$ ). Bu grupta da, aileden birisinin hastalanması (%3.8) ve ailede kayıp (%3.8) en sık saptanan tetikleyici faktörler arasındadır.

Çalışmamızda OKB grubunda; %48.8 olguda semptomların zaman içinde aynı kaldığı, %51.2 olguda ise, semptomların zaman içinde değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgular, semptomların daha çok zaman içinde şiddet ve içerik yönünden değişkenlik gösterdiğini bildiren çalışmalarla (2,4,53) uyumludur.

Semptomların zaman içerisindeki değişkenliği ile ilgili olarak OKB ve subklinik OKB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ( $p>0.05$ ) saptanmamıştır.

Bu çalışmanın sonuçlarıyla ilgili olarak bazı kısıtlamalar şu şekilde özetlenebilir: Seçilen örneklem grubu, Bursa merkez ilçelerinin genelindeki dağılımı tam temsil etmediği için, prevalans hızını yansıtmamaktadır. Ancak, anketle yapılan taramadan sonra, bireysel görüşme ve değerlendirmeye alınan çocuk sayısının 805 olması, bilindiği kadarıyla, bu konuda Türkiye’de yapılan ilk geniş kapsamlı toplumsal çalışmayı teşkil etmektedir. Tarama amacıyla geliştirilmiş olan anket formundaki bazı soruların, yukarıda ayrıntılı olarak açıklandığı üzere, veliler tarafından tam anlaşılammış olması ve görüşmeye sadece velisi tarafından bir / birden fazla semptomun var olarak işaretlendiği çocukların alınmış olması, görüşme yapılmamış olan çocuklarda bazı vakaların gözden kaçırılmış olma olasılığını akla getirmektedir. Bundan sonra da bu konuda, Bursa ili genelini temsil eden bir örneklem grubunda, anket formunun yeniden gözden geçirilip, daha geçerli hale dönüştürüldüğü, veliler tarafından şikayet bildirilmeyen çocukların da belli bir oranıyla görüşmenin yapıldığı, daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; Bursa merkez ilçelerinde yaş ortalaması  $11.99\pm 1.39$  olan bir örneklem grubunda OKB ve subklinik OKB’nin görülme oranı, herbiri için %5.1 olarak hesaplanmıştır. OKB grubunda kızlar hafifçe daha fazla olmakla birlikte kız / erkek oranı 1.1, yani yaklaşık eşittir. Subklinik OKB grubunda erkekler daha fazla olup, erkek / kız oranı 1.5 olarak saptanmıştır. OKB grubunda, obsesyon şekillerinde ise en sık olarak; korku (%50), düşünce (%28.9) ve şüphe (%15), kompulsiyon şekillerinde



ise en sık; törensel davranışlar (%57.5), kontrol etme (%43.8) ve tekrarlama (%36.3) saptanmıştır. OKB grubunda, semptomların içeriğine bakıldığında, obsesyonlardan en sık; impulsif olarak kendini / diğerlerini yaralama obsesyonu (%86.3), simetri-eşitlik-düzen obsesyonu (%48.8) ve kirlilik-hastalık obsesyonu (%32.5) saptanmıştır. Kompulsiyonlarda ise en sık olarak; sayı sayma (%43.8) şeklinde törensel davranışlar saptanmış, temizleme ve yıkama kompulsiyonu ise literatür bilgilerinin çoğunluğundan farklı olarak %21.3'lük oran ile beşinci sırada yer almıştır. Bu fenomenolojik özellikler değerlendirildiğinde; medikal yardım arayışı gerektirmeyecek şiddetteki olgulardan oluşan toplumsal örneklem grubunda, kirlilik-hastalık obsesyonu veya temizlik-yıkama kompulsiyonunda olduğu gibi, görülme sıklığında, kültüre özgü bir sıra değişikliğinin olabileceği kanısına varılmıştır.

Ek olarak, çocuk ve ergen OKB'sine; kararsızlık (%70), obsesif yavaşlık (%66.3), aşırı sorumluluk duygusu (%62.5), kaçınma (%55), obsesif şüphecilik (%53.8) gibi özelliklerin, subklinik OKB'den anlamlı olarak daha fazla eşlik ettiği saptanmıştır.

Çalışmamızda OKB grubundaki çocukların %45'i şikayetlerinin bazı faktörlerle tetiklendiğini belirtirken, subklinik OKB grubunda bu oran sadece %18.7 olup, arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ayrıca, OKB'de belirtilerin %51.2 olguda, zaman içerisinde değişkenlik gösterebileceği belirlenmiştir.

Bu çalışmayla, çocuk ve ergenlerde OKB'yi taramak ve tanının konulmasına yardımcı olmak üzere, en kısa ve pratik anket formunun geliştirilebilmesi için, bir veri tabanı oluşturulmuştur ve ilerideki çalışmalar için bu anket formunun yeniden gözden geçirilip, daha geçerli hale dönüştürülmesine ihtiyaç vardır. Ek olarak, hastalık iyi araştırıldığı ve tanı aşamasında hem objektif kriterler, hem de hekimin kendi tecrübelerinden faydalanarak vardığı, hastanın genel durumu hakkındaki izlenimleri

(KGI) göz önüne alındığı takdirde, özellikle toplumsal tabanlı örneklem gruplarında, çocuk ve ergenlerde OKB görülme oranının, eskiden düşünüldüğünden daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamızda, taramayla saptanan OKB'li olguların sadece çok küçük bir yüzdesinin, önceden bu şikayet için hekime başvurmuş olma gerçeği ve hastalığın seyri açısından, erken tanı ve tedavinin önemi göz önüne alındığında, bozukluğun hekimler ve halk tarafından daha iyi tanınabilmesi için, bu çalışma sadece bir başlangıcı temsil etmekte olup, ülkemizde değişik bölgelerde bu konuda yapılacak olan, geniş tabanlı epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.



## KAYNAKLAR

1.)WEISSMAN M.M.: The Epidemiology of Anxiety Disorders: Rates, Risks and Familial Patterns, J. Psychiatr. Res, 22 suppl 1: 99-114, 1988.

2.)SWEDO S.E., RAPOPORT J.L., LEONARD H. et al.: Obsessive Compulsive Disorder In Children and Adolescents clinical phenomenology of 70 consecutive cases, Arch. Gen. Psychiatry, 46: 335-341, 1989.

3.)ÖY B.: Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk: Epidemioloji, Klinik, Aile özellikleri ve Sonlanım, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 1 (2): 119-124, 1994.

4.)MARCH J.S., LEONARD H.L.: Obsessive Compulsive Disorder In Children and Adolescents: A Review of the past 10 Years, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35 (10): 1265-1273, 1996.

5.)THOMSEN P.H.: Obsessive Compulsive Symptoms in Children and Adolescents A phenomenological analysis of 61 danish cases, Psychopathology, 24: 12-18, 1991.

6.)VALLENI-BASILE L.A., GARRISON C.Z., WALLER J. Z.et al.: Incidence of Obsessive- Compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35 (7): 898-906, 1996.

7.)RAPOPORT J., ELKINS R., LANGER D.: Childhood Obsessive-Compulsive Disorder, Am. J. Psychiatry, 138 (12): 1545-1554, 1981.

8.)RAPOPORT J.L.: Annotation Childhood Obsessive- Compulsive Disorder, J. Child Psychol. Psychiat, 27 (3): 289-295, 1986.

9.)ALLSOPPM., VERDUYN C.: A follow-up of Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder, *British Journal of Psychiatry*, 154: 829-834, 1988.

10.)VALLENI-BASILE L.A., GARRISON C.Z., JACKSON K.L. et al.: Frequency of Obsessive Compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33 (6): 782-791, 1994.

11.)Amerikan Psikiyatri Birliği: *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994, 177-179.

12.)Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları, Çeviri Ed.: Öztürk O, Uluğ B, Medikomat Basım Yayın San. Ve Tic Ltd şti., Ankara, 1993, 134-137.

13.)FLAMENT M.F., WHITAKER A., RAPOPORT J.L. et al.: Obsessive Compulsive Disorder in Adolescence: An Epidemiological Study, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27(6): 764-771, 1988.

14.)PAULS D.L., ALSOBROOK II J.P., PHIL M. et al.: A Family Study of Obsessive- Compulsive Disorder. *Am. J. Psychiatry*, 152: 76-84, 1995.

15.)BERG C.Z., RAPOPORT J.L., WHITAKER A. et al.: Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: A two-Year Prospective Follow-up of a Community Sample, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28 (4): 528-533, 1989.

16.)DE HAAN E., HOOGDUIN C.A.L.: The Treatment of Children with Obsessive- Compulsive Disorder, *Acta Paedopsychiatrica*, 55: 93-97, 1992.

17.)RUTTER M., TAYLOR E., HERSOV L.: *Child and Adolescent Psychiatry*, Blackwell Science Ltd., Oxford, 1994, 441-451.

18.)SCAHILL L., RIDDLE M.A., MCSWIGGIN-HARDIN M. et al.: Children's Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and Validity, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36 (6): 844-852, 1997.

19.)EVANS D.W., LECKMAN J.F., CARTER A. et al.: Ritual, Habit and Perfectionism: The Prevalance and Development of Compulsive-like Behavior in Normal Young Children, Child Development, 68 (1): 58-68, 1997.

20.)LEONARDA H.L., GOLDBERGER E.L., RAPOPORT J.L. et al.: Childhood Rituals: Normal Development or Obsessive-Compulsive Symptoms?, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 29 (1): 17-23, 1990.

21.)RACHMAN S., DE SILVA P.: Abnormal and Normal Obsessions, Behav. Res. & Therapy, 16: 233-248, 1978.

22.)LEWIS M.: Child and Adolescent Psychiatry, Williams and Wilkins Comp., Baltimore, Maryland, 1996, 684-691.

23.)SWEDO S.E., RAPOPORT J.L., CHESLOW D.L. et al.: High Prevalance of Obsessive- Compulsive Symptoms in Patients with Sydenham's Chorea, Am. J. Psychiatry, 146: 246-249, 1989.

24.)LOEB L.R.: Traumatic Contributions In the Development of an Obsessional Neurosis in an Adolescent, Adolesc.Psychiatry, 13: 201-217, 1986.

25.)FRANKEL M., CUMMINGS J.L., ROBERTSON M.M. et al.: Obsessions and Compulsions in Gilles de la Tourette's Syndrome, Neurology, 36: 378-382, 1986.

26.)CAINE E.D.,MCBRIDE M.C., CHIVERTON R.N. et al.: Tourette Syndrome in Monroe County School Children, Neurology, 38: 472-475, 1988.

27.)LEONARD H.L, LENANE M.C.SWEDO S.E. et al.: Tics and Tourette Disorder: A 2-to 7-year Follow-Up of 54 Obsessive- Compulsive Children, Am. J. Psychiatry, 149: 1244-1251, 1992.

28.)GRAD L.R., PELCOVITZ D., OLSON M. et al.: Obsessive-Compulsive Symptomatology in Children with Tourette Syndrome, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 26 (1): 69-73, 1987.

29.)PAULS D.L., TOWBIN K.E., LECKMAN J.F. et al.: Gilles de la Tourette's Syndrome and Obsessive- Compulsive Disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 43: 1180-1182, 1986.

30.)KURLAN R., WHITMORE D., IRVINE C. et al.: Tourette Syndrome in a Special Education Population: A pilot study involving a single school district, *Neurology*, 44: 699-702, 1994.

31.)CARTER A.S., PAULS D.L., LECKMAN J.F. et al.: A Prospective Longitudinal Study of Gilles de la Tourette's Syndrome, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33 (3): 377-385, 1994.

32.)GEORGE M.S., TRIMBLE M.R., RING H.A. et al.: Obsessions in Obsessive- Compulsive Disorder with and without Gilles de la Tourette Syndrome, *Am. J. Psychiatry*, 150: 93-97, 1993.

33.)BELLODI L., SCIUTO G., DIAFERIA G. et al.: Psychiatric Disorders in the Families of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, *Psychiatry Research*, 42: 111-120, 1991.

34.)LENANE M.C., SWEDO S.E., LEONARD H. et al.: Psychiatric Disorders in First Degree Relatives of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29 (3): 407-412, 1990.

35.)LAST C.G., HERSEN M., KAZDIN A. et al.: Anxiety Disorders in Children and Their Families, *Arch Gen Psychiatry*, 48: 928-934, 1991.

36.)BLACK D.W., NOYES R., GOLDSTEIN R.B. et al.: A Family Study of Obsessive- Compulsive Disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 49: 362-368, 1992.

37.)ELKINS R., RAPOPORT J.L., LIPSKY A.: Obsessive- Compulsive Disorder of Childhood and Adolescents, A Neurobiological Viewpoint, Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 19: 511-524, 1980.

38.)MCKEON J., MCGUFFIN P., ROBINSON P.: Obsessive-Compulsive Neurosis Following Head Injury A Report of Four Cases, Brit. J. Psychiat, 144: 190-192, 1984.

39.)THOMSEN P.H., JENSEN J.: Latent Class Analysis of Organic Aspects of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents, Acta Psychiatr. Scand, 84: 391-395, 1991.

40.)HOLLANDER E., SCHIFFMAN E., COHEN B.: Signs of Central Nervous System Dysfunction in Obsessive-Compulsive Disorder, Arch Gen. Psychiatry, 47: 27-32, 1990.

41.)HAMBURGER S.D., SWEDO S., WHITAKER A. et al.: Growth Rate in Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder, Am .J. Psychiatry, 146: 652-655, 1989.

42.)HOLLANDER E., WONG C.M.: Introduction Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders, J. Clin. Psychiatry, 56 (suppl 4): 3-6, 1995.

43.)ZOHAR J., INSEL T.R., ZOHAR-KADOUCH R.C. et al.: Seretonergic Responsivity in Obsessive-Compulsive Disorder, Arch Gen Psychiatry, 45: 167-172, 1988.

44.)GIEDD J.N., RAPOPORT J.L., LEONARD H. L et al.: Case Study: Acute Basal Ganglia Enlargement and Obsessive-Compulsive Symptoms in an Adolescent Boy, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35 (7): 913-915, 1996.

- 45.)HOLLINSWORTH C.E., TANGUAY P.E. GROSSMAN L. et al.: Long Term Outcome of Obsessive Compulsive Disorder in Childhood, Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 19: 134-144, 1980.
- 46.)KHANNA S., CHANNABASAVANNA S.M.: Phenomenology of Obsessions in Obsessive-Compulsive Neurosis, Psychopathology, 21: 12-18, 1988.
- 47.)HONJO S., HIRANO C., MURASE S. ET AL.: Obsessive- Compulsive Symptoms in Childhood and Adolescence, Acta Psychiatr. Scand, 80: 83-91, 1989.
- 48.)DOWSON J.H.: The Phenomenology of Severe Obsessive-Compulsive Neurosis, Brit J. Psychiat, 131: 75-78, 1977.
- 49.)NOSHIRVANI H.F., KASVIKISY., MARKS I.M.: Gender-Divergent Aetiological Factors in Obsessive-Compulsive Disorder, British Journal of Psychiatry, 158: 260-263, 1991.
- 50.)RIDDLE M.A., SCAHILL L., KING R. et al.: Obsessive Compulsive Disorder In Children and Adolescents: Phenomenology and Family History, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 29(5): 766-772, 1990.
- 51.)TORO J., CERVERA M., OSEJO E.: Obsessive-Compulsive Disorder in Childhood and Adolescence: a clinical study, J. Child. Psychol. Psychiat, 33: 1025-1037, 1992.
- 52.) THOMSEN P.H.: Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents Self reported obsessive-compulsive behavior in pupils in Denmark, Acta Psychiatr. Scand, 88: 212-217, 1993.
- 53.)HANNA G.L.: Demographic and Clinical Features of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Obsessive-Compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 34 (1): 19-27, 1995.



54.)THOMSEN P.H., MIKKELSEN H.U.: Children and Adolescents with Obsessive- Compulsive Disorder: the Demographic and Diagnostic Characteristics of 61 Danish Cases, Acta Psychiatr. Scand, 83: 262-266, 1991.

55.)RASMUSSEN S.A., TSUANG M.T.: Clinical Characteristics and Family History in DSM-III Obsessive-Compulsive Disorder, Am. J. Psychiatry, 143: 317-322, 1986.

56.) GÜLSEREN L., EĞRİLMEZ A., GÜLSEREN Ş. ve ark.: Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Konmuş bir Grup Hastada Obsesyonların Biçim ve İçerikleri: kesitsel bir sınıflandırma çalışması, 3 P Dergisi, 3 (3): 159-162, 1995.

57.)ESSER G., SCHMIDT M.H., WOERNER W.: Epidemiology and Course of Psychiatric Disorders in School-Age Children Results of a Longitudinal Study, J.Child Psychol. Psychiat, 31 (2): 243-263, 1990.

58.)STOLL A.L., TOHEN M., BALDESSARINI R.J.: Increasing Frequency of the Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder, Am. J. Psychiatry, 149: 638-640, 1992.

59.)DOĞAN O., GÜLMEZ H., KETENOĞLU C: Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Dilek Matbaası, Sivas, 1995, 47-54.

60.)BERG C.Z., WHITAKER A., DAVIES M. et al.: The Survey form of the Leyton Obsessional Inventory-Child Version: Norms from an Epidemiological Study, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 27 (6): 759-763, 1988.

61.)SNOWDON J.: Family-size and birth order in obsessional neurosis, Acta Psychiatr. Scand, 60: 121-128, 1979.

62.) KHANNA S., CHANNABASAVANNA S.M.: Birth Order in Obsessive-Compulsive Disorder, Psychiatry Research, 21: 349-354, 1987.

- 63.)EĞRİLMEZ A., GÜLSEREN L., AYDEMİR Ö. ve ark.: Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomenolojik Özellikler, 3 P Dergisi, 3 (1): 9-14, 1995.
- 64.)MCKEON J., ROA B., MANN A.: Life Events and Personality Traits in Obsessive-Compulsive Neurosis, Brit J. Psychiat, 144: 185-189, 1984.
- 65.)CLARK D.A., BOLTON D.: Obsessive-Compulsive Adolescents and Their Parents: A Psychometric Study, J. Child Psychol. Psychiat, 26 (2): 267-276, 1985.
- 66.)THOMSEN P.H., MIKKELSEN H.U.: Course of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Prospective Follow-up Study of 23 Danish Cases, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 34 (11): 1432-1440, 1995.
- 67.)FLAMENT M.F., KOPY E., RAPOPORT J.L. et al.: Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: A Prospective Follow-up Study, J. Child Psychol. Psychiat, 31 (3): 363-380, 1990.
- 68.)LEONARD H.L., SWEDO S.E., LENANE M.C.: A 2-to 7-Year Follow-up Study of 54 Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents, Arch Gen Psychiatry, 50: 429-430, 1993.
- 69.)THOMSEN P.H.: Obsessive- Compulsive Disorder in Children and Adolescents: predictors in childhood for long-term phenomenological course, Acta Psychiatr. Scand, 92: 255-259, 1995.
- 70.)NEZİROĞLU F., ANEMONE R., YARYURA-TOBIAS J.A. et al.: Onset of Obsessive- Compulsive Disorder in Pregnancy, Am. J. Psychiatry, 149: 947-950, 1992.
- 71.)ALKIN T.: Obsesif Kompulsif Bozukluk: Epidemiyoloji, Klinik, İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar ve Psikoterapisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 1 (2): 50-55, 1990.

72.)THOMSEN P.H., MIKKELSEN H.U.: Development of Personality Disorders in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder A 6- to 22-year follow up study, *Acta Psychiatr. Scand*, 87: 456-462, 1993.

73.)CALVOCORESSI L., LEWIS B., HARRIS M. et al.: Family Accomodation in Obsessive-Compulsive Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 152: 441-443, 1995.

74.)PIGOTT T.A., ALTEMUS M., RUBENSTEIN C.S. et al.: Symptoms of Eating Disorders in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 148: 1552-1557, 1991.

75.)FLAMENT M.F., RAPOPORT J.L., BERG C.J. et al.: Clomipramine Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 42: 977-983, 1985.

76.)RIDDLE M.A., HARDIN M.T., KING R. et al.: Fluoxetine Treatment of Children and Adolescents with Tourette's and Obsessive-Compulsive Disorders: Preliminary Clinical Experience, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29 (1): 45-48, 1990.

77.)COMO P.G., KURLAN R.: An Open Label Trial of Fluoxetine for Obsessive- Compulsive Disorder in Gilles de la Tourette's Syndrome, *Neurology*, 41: 872-874, 1991.

78.)MARCH J.S.: Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Children and Adolescents with OCD: A Review and Recommendations for Treatment, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34 (1): 7-18, 1995.

79.)Steinhausen H.C.: *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, ikinci baskı, Urban and Schwarzenberg, Munchen, Wien, Baltimore, 1993, p.408-415.

80.) SPITZER R.L., WILLAMS J.B.W., GIBBON M.: DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, SCID-OP Ayaktan Hasta Formu, Çeviri Ed. SORIAS S., Ege Üniversitesi, Bornova, 1988.

81.)GOODMAN W.K., PRICE L.H., RASMUSSEN S.A. et al.: The Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, use and reliability, Arch.Gen. Psychiatry, 46: 1006-1011, 1989.

82.)PALULU N., EROL N., ARSLAN L.: Obsesif-Kompulsif Bozukluğun İlkokul ve Ortaokul Çocuklarında Görülme Sıklığı: Norm Çalışması, Bursa 14-17 Nisan 1994 tarihli, 4. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi özet kitabı, sayfa: 6-7.

83.)ARAS Ş., MUSABALİ S., AYDIN C.: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Özellikleri, Sapanca 26-29 Nisan 1998 tarihli, 8. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresinde, sözel bildiri şeklinde sunulmuş tez çalışması.

T.C. YIKSUK ÖZELİNE MÜHÜR  
BÖLÜMÜ

## EKLER-1

# ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK PSİKIYATRİSİ BİLİM DALI

Prof. Dr. Suna Taneli  
Uludağ Ü. Tıp Fak.  
Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı  
16059 Görükle / BURSA  
Tel: (224) 4428400-1083  
Fax (224) 4428085

Sayın Veli;

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi ekibi olarak, ilköğretim çağındaki çocuklarda Saplantı-Zorlantı Bozukluğunun sıklığını araştırıp, saptadığımız takdirde yardımcı olabilmek için bir araştırma yapmayı planladık. Bu bilgiler bizde saklı kalıp, sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Lütfen bu formu doldurduktan sonra, kapalı zarf içinde sınıf öğretmenine teslim ediniz. Bu konudaki katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.



Prof. Dr. Suna Taneli



Dr. Neslim Güvender

Aşağıda tanımlanan A veya B belirtilerinden herhangi bir tanesi, son zamanlarda, çocuğunuzda en az üst üste iki hafta ve çoğu günler mevcutsa, aşağıdaki soruları yanıtlayarak” var “ seçeneğini işaretleyiniz:

Eğer bu belirtiler şimdi yoksa, geçmişte var mıydı? Evet  Hayır

Cevabınız “evet” ise aşağıdaki sorulara yine devam ediniz. Cevabınız “ hayır” ise lütfen formu bize geri iletiniz.

A.)Çocukta gerçek yaşamdaki tehlikelerin dışında, kimi zaman istenmeden gelen, kafasından atmaya çalışmasına rağmen sürekli takılan ve geri gelen, belirgin sıkıntı ve huzursuzluk yaratan anlamsız düşünceler / hayaller / takıntılar / dürtüler var mı?

-Kendisine zarar verme korkusu. Var  Yok

-Kendisi yüzünden başkasına zarar geleceği korkusu. Var  Yok

-Şiddet içeren veya korkutucu hayaller. Var  Yok

-Utanılacak bir şey yapma korkusu. Var  Yok

-Bir şeyler çalacağı korkusu. Var  Yok

-Birşeylerin bulaşacağı (mikrop, vücut salgıları-atıkları, çevresel atık, evde kullanılan temizleyiciler-çözücüler, yapışkan maddeler-tortular vb.), bir şeyleri bulaştıracağı veya kirlenme korkusu. Var  Yok

-Dine saygısızlık ve tanrı hakkındaki saygısızca düşünceler ve küfürlerle ilgili kaygı. Var  Yok

-Simetri ihtiyacı ve kusursuzluk takıntısı. Var  Yok

-Hastalıklarla ilgili-hastalanacağı endişesi veya vücudun bir bölümü veya görünüşüne dair aşırı kaygı. Var  Yok

B.) I.)Çocukta yapmaktan kendini alıkoyamadığı veya sıkıntı / korku yaratan bir olayı azaltmaya / korunmaya yönelik, kendisini tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiği davranışlar var mı? Var  Yok

-Aşırı el yıkama / aşırı duş alma / aşırı diş fırçalama / evle ilgili gereçler veya diğer cansız maddelerin temizlenmesi. Var  Yok

-Kontrol etme (Kilitleri, ocağı, elektrikli aletleri, ışığı kontrol / başkasına-kendisine zarar verip vermediğinin kontrolü / yanlış yapıp yapmadığının kontrolü / korkunç bir şeyin olmayacağını kontrolü). Var  Yok

-Tekrar tekrar okuyup yazmak. Var  Yok

-Bazı aktiviteleri tekrar etme ihtiyacı (Kapıdan girip çıkmak, sandalyeye oturup kalkmak, kapıyı açma-kapama). Var  Yok

-Eşyaları sıralama / düzenleme ihtiyacı. Var  Yok

-İstifleme, biriktirme (atılmış mektuplar, eski gazeteler, yararsız cisimler).

Var  Yok

-Bir yerlere dokunma / ovalama ihtiyacı. Var  Yok

-Bir şeyleri tam ve doğru olarak yapma ihtiyacı. Var  Yok

II.)Çocuğun yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici zihinsel eylemler var mı?

-Sayı / basamak sayma veya ampulleri sayma. Var  Yok

-Araba plakalarını ezberleme. Var  Yok

-Bazı sözcükleri tekrarlama. Var  Yok

Çocuğunuzla ilgili olarak bize danışmak istediğınız başka bir sorun varsa lütfen belirtiniz:

---

---

---

Bu belirtiler sizde, eşinizde veya kardeşlerinde var mı?( Sizde olup çocuğunuzda olmadığının bilinmesi de bilimsel açıdan anlamlıdır.)

Annede var  Babada var  Kardeşinde var

Evet ise hangileri? \_\_\_\_\_

---

---

Çocuğın Adı- Soyadı: \_\_\_\_\_

Ev Adresi: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anne Adı-Soyadı: \_\_\_\_\_

İş Telefonu: \_\_\_\_\_

Baba Adı-Soyadı: \_\_\_\_\_

İş Telefonu: \_\_\_\_\_

Formu dolduran kişi: Anne  Baba  Diğer bir kişi \_\_\_\_\_

## EKLER-2

### ÇOCUKLAR İÇİN YALE BROWN OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK SKALASI:

Hastanın adı:

Tarih:

#### A.)ZORLU DÜŞÜNCE VE ZORLU DAVRANIŞ LİSTESİ:

##### I. ZORLU DÜŞÜNCE

##### 1.1 KENDİNİ, DİĞERLERİNİ YARALAMA, İMPULSİF DAVRANIŞ VE İYİLEŞEMEME KORKUSU:

- Diğerlerini yaralama korkusu
- Kendini yaralama korkusu
- Korkunç tasarımlar
- Ayıp birşeylerle ya da hakaretle ortaya atılma korkusu
- Utandırıcı birşey yapma korkusu
- İmpulsif davranma korkusu (örn:banka soymak, kasiyeri aldatmak)
- Yanlış gidecek birşeylerden sorumlu olmak (Örn:ana baba borçlarını ödeyemeyecek)
- Korkunç birşey olacak korkusu (örn:yangın, arkadaşlarının hastalanma ve ölümü, hırsızlık, batıl

inancın çeşitli formları)

- Diğer.....
- .....

##### 1.2 KİRLİLİK VE HASTALIK ÜZERİNE ZORLU DÜŞÜNCELER:

- Beden salgıları (örn:idrar, tükürük, gaita) üzerine düşünme ya da iğrenme ile ilgili düşünsel uğraş
- Kir ve hastalık yapıcılar üzerine düşünme
- Çevre zehirleri (örn:Asbest, ışın, zehirli atıklar) üzerine aşırı düşünme
- Evde bulunan şeyleri, temizleyici, çözücü maddeleri, ev hayvanlarını aşırı düşünme
- Hasta olma endişesi
- Başkasını hasta etme / bulaştırma (agressif) endişesi
- Başka.....
- .....

##### 1.3 CİNSEL ZORLU DÜŞÜNCELER:

- Yasak ya da pervers cinsel düşünceler, tasarım ya da impulslar
- Çocuklara ait
- Hayvanlara ait
- İnsest'e ait
- Homoseksüaliteye ait
- Başkalarına karşı cinsel davranma (agressif)
- Başka.....
- .....

##### 1.4 SAKLAMA VE TOPLAMA ÜZERİNE ZORLU DÜŞÜNCELER

##### 1.5 DİNİ ZORLU DÜŞÜNCELER

##### 1.6 SİMETRİ, EŞİTLİK VE DÜZEN İHTİYACI ÜZERİNE ZORLU DÜŞÜNCELER



## 1.7 DİĞER ZORLU DÜŞÜNCELER

- Birşeyi tam bilme ve hatırlama ihtiyacı
- Bazı şeyleri söyleme korkusu
- Her zaman doğru olanı söyleyememe korkusu
- Zorlayan (nötral) tasarımlar
- Zorlayan sesler, kelime ve müzik
- Uğurlu ve uğursuz sayılar
- Belli anlamı olan renkler
- Diğer.....

## 1.8 BEDENSEL ZORLU DÜŞÜNCELER

## 2. ZORLU DAVRANIŞLAR

### 2.1 TEMİZLEME VE YIKAMA ZORLANMASI

- Aşırı ya da törensel el yıkama
- Aşırı ya da törensel duş alma, banyo yapma, diş fırçalama ya da kendine bakım
- Ev eşyaları ya da diğer eşyaların temizliği
- Kirlilikten korunmak için diğer yöntemler
- Kirliliği ortadan kaldırmak için diğer yöntemler

### 2.2 SAYI SAYMA ZORLANMASI

### 2.3 KONTROL ZORLANMASI

- Kapı, anahtar, fırın, aletler vs. kontrolü
- Başkalarının yaralanmış olmadığı /yaralanmayacaklarının kontrolü
- Kendisinin yaralanmamış olduğunun /yaralanmayacağı kontrolü
- Kötü bir şey olmaması için kontrol
- Kirlenmemiş olmasının kontrolü
- Diğer kontrol zorlanmaları .....

### 2.4 TEKRARLAMA ZORLANMASI

- Kapıdan içeri / dışarı geçmek, sandalyeden kalkmak / oturmak
- Diğer tekrarlama zorlanmaları

### 2.5 DÜZEN ZORLANMASI

### 2.6 ZORLU İSTİFCİLİK VE BİRİKTİRME

### 2.7 DİĞER ZORLANMA HAREKETLERİ

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma zorlamasından farklı)
- Konuşma, sorma ve günah çıkarma zorlanması
- Dokunma zorlanması
- Kendini yaralamayı engelleme yöntemleri (kontrol zorlanması değil)
- Diğerlerinin yaralanmasını engelleme yöntemleri (kontrol zorlanması değil)
- Korkunç sonuçların önlenmesi yöntemleri (kontrol zorlanması değil)
- Diğer zorlu davranışlar .....

## TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof.Dr. Suna Taneli, Prof.Dr. Bilgen Taneli ve Doç.Dr Selçuk Kırılı'ya teşekkür eder, saygılarımı sunarım. Ayrıca, asistanlık eğitimimin ilk birbuçuk yılı boyunca, birlikte çalışmak onuruna eriştiğim, Prof Dr. Süha Özaşkınlı'ya, teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Çocuk Nörolojisi Bölümünde rotasyonum sırasında birlikte olduğum hocalarıma teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Biyoistatistik Ana Bilim Dalından, sayın İlker Ercan'a, çalışmanın istatistiksel analizleri ile ilgili yoğun emeklerinden dolayı, teşekkür ederim.

Bu çalışmada emeği geçen kişilerden başta Dr. Nilüfer Güney olmak üzere, İnt.Dr.Yücel Çakan, İnt.Dr. Fatih Çelik ve İnt.Dr. Fatma Özsoy'a katkularından dolayı, ayrıca tüm asistan arkadaşlarıma, klinik personeline ve aileme desteklerinden dolayı teşekkür eder, sevgilerimi sunarım.

Prof. Dr. Suna Taneli  
Prof. Dr. Bilgen Taneli  
Doç. Dr. Selçuk Kırılı