

T.C.
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARDA
OBSESİF BELİRTİLER

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. ŞÜKRÜ UĞUZ

TEZİ YAZAN

NUR ERYOL DERVİŞOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YENİCE-TARSUS / EYLÜL 2016

T.C
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ' NE

“2014 10 004 ” numaralı öğrencimiz olan “Nur ERYOL DERVİŞOĞLU” tarafından hazırlanan “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tanısı Alan Çocuklarda Obsesif Belirtiler” başlıklı bu tez çalışması jürilerimiz tarafından oy birliği ile Psikoloji Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

.....
Üniv. İçi - Tez Danışmanı - Jüri Başkanı: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

.....
Üniv. İçi - Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Murat KOÇ

.....
Üniv. Dışı - Jüri Üyesi: Prof. Dr. Songül TÜMKAYA
(Çukurova Üniversitesi)

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylarım.



30.. / 09... / 2016

Yrd. Doç. Dr. Murat KOÇ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 Sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'ndaki hükümlere tabidir.

TEŞEKKÜR

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konulmuş olan çocuklarda obsesif belirtilerinin incelenmesinin konu olarak belirlendiği çalışmanın tamamlanmasında engin tecrübelerini, değerli zamanını ve ilgisini benden bir an olsun esirgemeyen değerli danışmanım Prof. Dr. Şükrü UĞUZ' a, vaka konusunda bana destek olan ve sorularımı cevapsız bırakmayan Prof. Dr. Fevziye TOROS'a, tezimi bitirmeme destek olan Prof. Dr. Gülşah SEYDAOĞLU'na sonsuz teşekkür ediyorum.



ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE TANISI ALAN ÇOCUKLARDA OBSESİF BELİRTİLER

Nur ERYOL DERVİŞOĞLU

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

Eylül 2016, 74 sayfa

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bireylerin aşırı hareketlilik ve dikkat odaklı problemler ve dürtüsellik ile karakterize edilen bir nörogelişim odaklı sorundur. Bu çalışmanın amacı, Çocukluk dönemi problemi olarak nitelendirilen dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konulan çocuklarda obsesif belirtilere ilişkin semptomların görülme sıklığını saptamaktır.

Çalışma, Mersin İli Özel bir muayene de tanısı konmuş çocukların obsesif belirtilerinin tarandığı kesitsel bir araştırmadır. Çalışma aracı olarak “semptom tarama listesi” kullanılmıştır.

Obsesif verilere ait 10 semptomun görülme sıklığı; mikroplardan korku %19,6, hastalık kapma ya da hasta olma korkusu %21,6, zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu %27,8, kir korkusu %24,7, bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu %21,6, birini istemeden yaralama korkusu %20,6, istemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu %35,0, yanlış yapma korkusu 33,0, işlerin mükemmel olmayacağı korkusu %26,8, kural dışı şeyler yapma korkusu %21,7 olarak saptanmıştır. Yapılan faktör analizine göre alt ölçek dağılımı incelendiğinde fiziksel dış faktörlere yönelik korku görülme sıklığı %20,6, kendine dair korku görülme sıklığı %20,6, toplumsal ve ahlaki kurallara dair korku görülme sıklığı %63 olarak saptanmıştır.

Özet olarak elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulan çocuklar da yaş, hiperaktivite, hafif zeka geriliği ve dürtüsellik tanılarının konması cinsiyete göre farklılık göstermemiştir.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulan çocukların içinde dürtüsellik tanısı koyulan çocukların hiperaktivite tanısının da aldığı gözlenmiştir.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulan çocukların %74’üne hiperaktivite, %15’ine hafif zeka geriliği ve %16’sına dürtüsellik tanısı konmuştur.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulan çocukların, bir obsesif belirti semptomu olan “hastalık kapma yada hasta olma korkusu” çocukların yaşlarına göre belirgin olarak farklılaşmıştır. Netice itibariyle 8 yaşından daha küçük olan çocukların hastalık kapma ya da hasta olma korkusunu, 9 yaş ve üzerindeki çocuklara göre daha az veya hafif yaşamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk



ABSTRACT

OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS IN CHILDREN WHO WERE ADHD DIAGNOSED

Nur ERYOL DERVİŞOĞLU

Master's Thesis, Psychology Department

Advisor: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

September, 2016, 74 page

Of individuals with attention deficit and hyperactivity disorder hyperactivity and attention and impulsivity problems characterized by norogelis oriented-oriented problem. The aim of this study is described as the problem of childhood attention deficit and hyperactivity disorder in children diagnosed with symptoms related to determine the prevalence of obsessive symptoms.

Work, a special examination of children who are diagnosed with the symptoms of obsessive Mersin province are being scanned, where a cross-sectional survey. As a working tool "symptom check list" is used.

The prevalence of obsessive symptoms, 10 of the data; fear of germs 19.6% of Contracting the disease or being sick in fear of 21,6%, the fear of contact with toxic or hazardous substances %27,8 its fear of dirt %24,7, don't forget to do some things in fear of 21,6%, someone unintentionally is fear of injury in 20.6%, unintentionally bad, or immoral or fear of doing a shameful thing, don't say %35,0, to 33.0 fear of doing wrong, fear that things will not be perfect %to 26.8, fear of doing things outside the rules %21,7 has been identified as. Performed factor analysis of the scale when we examine the distribution of external physical factors on the prevalence of fear is 20.6%, fear of self is the prevalence of 20.6%, the prevalence of fear of social and moral rules and 63%, respectively.

In summary, the results obtained are as follows, the age of the children diagnosed as attention deficit and hyperactivity disorder, hyperactivity, mild mental retardation, and substance abuse diagnoses did not differ by gender of the introduction.

Impulsivity in children diagnosed children diagnosed of attention deficit and hyperactivity disorder received the diagnosis of hyperactivity was observed.

Children who are diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder 74% of the hyperactivity, 15% of mild mental retardation and 16 percent impulsivity was diagnosed.

Children who are diagnosed attention deficit and hyperactivity disorder obsessive, which is a symptom of a symptom of “catching a disease, or the fear of being sick” significantly altered according to the age of the children. As a result the fear of Contracting the disease or being sick children under the age of 8, 9 or slightly less for children over the age of inhabit.

Key words: attention deficit, attention deficit and hyperactivity disorder, obsessive-compulsive disorder



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Tanı Gruplarına Göre Dağılımı	36
Tablo 2. Obsesif Semptomlarının Derecelerine Göre Dağılım	37
Tablo 3. Obsesif Belirtiler Alt Semptom Grupları – Alt Ölçeklerinin Derecelerine Göre Dağılım	38
Tablo 4. Cinsiyete Göre Tanımlayıcı Özellikleri	39
Tablo 5. Hiperaktivite Tanısına Göre Diğer Tanıların Dağılımı.....	40
Tablo 6. HMR Tanısına Göre Diğer Tanıların Dağılımı.....	40
Tablo 7. Dürtüsellik Tanısı Konulma Durumuna Göre Farklılık Analizi.....	41
Tablo 8. Obsesif Semptom Toplam Puanı ile Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon	42
Tablo 9. Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puan Dağılımlarının Demografik Özelliklere ve Semptom Varlığına Göre Dağılımı.....	43
Tablo 10. Obsesif Semptom Varlığının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 11. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Obsesif Semptom Yoğunluklarının Karşılaştırılması	48
Tablo 12. Hiperaktivite Tanı Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	50
Tablo 13. Katılımcıların HMR Tanısı Konulmalarına Göre Obsesif Semptom Yoğunluklarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 14. Katılımcıların Dürtüsellik Tanısı Konulmalarına Göre Obsesif Semptom Yoğunluklarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 15. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgilerinin Obsesif Semptom Yoğunluklarına Göre Dağılımı	55

KISALTMALAR LİSTESİ

DEHB :	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM :	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EEG :	Elektroensefalografi
OKB :	Obsesif Kompulsif Bozukluk
HMR :	Hafif Mental Reterdasyon



İÇİNDEKİLER

KAPAK	i
TEZ İMZA SİRKÜLERİ	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
İÇİNDEKİLER	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KAVRAMSAL AÇIDAN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)	2
1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB).....	2
1.1.1. Kavramsal Açıdan DEHB.....	2
1.1.2. DEHB'in Tarihçesi.....	3
1.1.3. DEHB Epidemiyolojisi.....	7
1.1.4. DEHB'e Neden Olan Faktörler.....	8
1.1.4.1. Genetik Etkenler.....	8
1.1.4.2. Nörofizyolojik Çalışmalar.....	8
1.1.4.3. Nöropsikolojik Çalışmalar.....	9
1.1.4.4. Nörotrofik Faktörler.....	9
1.1.5. DEHB Alt Tipleri.....	9
1.1.5.1. DEHB – Bileşik Tip.....	9
1.1.5.2. DEHB – Dikkatsizliğin Ön Planda Tutulduğu Tip.....	9
1.1.5.3. DEHB – Hiperaktivite ve Dürtüselliğin Ön Planda Tutulduğu Tip.....	10

1.1.6. DEHB'in Yaşam Boyu Seyri.....	10
1.1.7. DEHB'nda Gidiş ve Sonlanım.....	11

İKİNCİ BÖLÜM

2. KAVRAMSAL AÇIDAN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB) 13

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	13
2.1.1. OKB Tanımı	13
2.1.2. OKB'nin Tarihçesi.....	15
2.1.3. OKB Tanı Ölçütleri	17
2.1.4. OKB Epidemiyolojisi	19
2.1.5. OKB'ye Neden Olan Faktörler	21
2.1.5.1. Psikososyal Etkenler	21
2.1.5.2. Biyolojik Etkenler.....	21
2.1.6. OKB Ek Tanısı.....	26
2.1.7. OKB Ayırıcı Tanısı.....	27
2.1.8. OKB'nin Klinik Seyri	28
2.1.9. OKB Tedavisi	29

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI KONULAN ÇOCUKLARDA OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ 32

3.1. YÖNTEM	32
3.1.1. Araştırmanın Önemi	32
3.1.2. Araştırmanın Modeli.....	32
3.1.3. Evren ve Örneklem	33
3.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
3.1.5. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması	33
3.1.6. Verilerin Analizi	33

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR VE YORUMLAR	36
4.1. Bulgular	36
5. SONUÇ VE TARTIŞMA	56
5.1. Sonuç	56
5.2. Tartışma	57
6. ÖNERİLER	59
7. KAYNAKÇA	60



GİRİŞ

Dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi heterojen klinik özellikleri olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), erken başlangıçlı bir çocukluk çağı nöropsikiyatrik bozukluğudur. Çocuğun gelişimini sosyal, duygusal ve bilişsel alanlarda etkilemektedir. Topluma değişik alanlarda getirdiği yüklerin yanı sıra, çocukların aile içi ve akran ilişkilerine, akademik başarılarına ve özgüven gelişimine olumsuz yönde etkileri olmaktadır. Bireylere DEHB tanısı konulabilmesi için, Aşırı hareketlilik, dürtü kontrolsüzlüğü kümesi altındaki dokuz belirtiden en az altısının ve / veya dikkat eksikliği kümesi altındaki dokuz belirtiden en az altısının var olması, belirtilerin yedi yaşından önce başlaması, bu belirtilerin çocuğun yaşlıları ile karşılaştırıldığında, yaşlılarından belirgin olarak daha fazla görülmesi, belirtilerin hem evde, hem okulda çocuğun gelişim düzeyine uygun düşecek görev ve beklentileri yerine getirmeyi engelleyecek şiddette olması gerekmektedir.

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ise istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici düşünce, dürtü ve düşlemler olarak tanımlanan obsesyonlar ve kişinin obsesyonlara tepki olarak ortaya koyduğu ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler yani kompulsiyonlar ile karakterize edilen bir psikiyatrik bozukluktur.

Bu bağlamda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yaşayan çocuklarda obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin incelenmesi çalışmanın ana konusunu oluşturmıştır.

Çalışmanın Alt Amaçları:

1. Araştırmaya katılan çocukların sosyo demografik özelliklerine (yaşa ve cinsiyete göre) göre obsesif semptomların arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Hiperaktivite tanısı almış çocuklarda obsesif semptomların görülme sıklığı nedir?
3. Hafif zeka geriliği tanısı almış çocuklarda obsesif semptomların görülme sıklığı nedir?
4. Dürtüsellik tanısı almış çocuklarda obsesif semptomların görülme sıklığı nedir?

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KAVRAMSAL AÇIDAN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE

BOZUKLUĞU (DEHB)

1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

1.1.1. Kavramsal Açıdan DEHB

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu 19.yy'dan beri çeşitli terimlerle tanımlanmıştır. İlk kez 1902 yılında George Still, aşırı hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları olan çocukları “Defect of Moral Control” adlı bilimsel makalesinde yayınlamıştır. Erkek çocukların kızlara göre daha fazla etkilendiklerini belirterek organik ve sosyal nedenlerin üzerinde durmuştur (Şenol, 2008: 295; Weiss, 2002: 645).

Birinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan letarjik ensefalit salgını sırasında, ensefalit geçirmiş olan çocuklarda DEHB belirtilerine benzer hareketler saptanmış ve Khan ve Cohen (1934) ensefalit ve travmaya bağlı santral sinir sistemi zedelenmesi sonrası ortaya çıkan davranış bozukluklarını “Organik Hareketlilik (Organically Driven)” olarak tanımlamışlar ve bu durumun beyin hasarına bağlı olabileceğini düşünmüşlerdir. Bu çocuklarda şiddetli davranış bozukluğunun ortaya çıkması organik nedenlere olan ilgiyi arttırmıştır. Lehtinen (1947) aşırı hareketli, şaşkın, dürtüsel, bir hareketi, bir davranış örüntüsünü veya bir etkinliği istemsiz olarak yinlemesi olan ya da bilişsel yetersizliği olan çocuklarda sonradan gösterilemeyen beyin hasarı olduğunu belirtmiş ve bu durumu Straus “Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu” olarak adlandırmıştır (Canat, 1998: 1119; Şenol, 2008: 296, Weiss, 2002: 646).

Ancak Clements ve Peters hiperaktif çocukları 1960'lı yıllarda koordinasyonu zayıf öğrenme güçlüğü olan ve duygusal dengesizlik gösteren, ancak belirlenmiş nörolojik bozukluğu olmayan bir grup çocuk için “Minimal Beyin Disfonksiyonu” tanımını kullanmıştır. Wender (1971) minimal beyin disfonksiyonu olan çocuklardaki temel psikolojik özellikleri altı grupta (motor davranış, dikkat algı bilişsel işlevsellik, öğrenme, dürtü denetimi, kişiler arası ilişkiler, duygu) tanımlamıştır ve bu alanlarda sorunların ortaya çıktığını belirtmiştir (Weiss, 2002: 646).

1983'te bozukluk temel olarak “Dikkat Eksikliği”, 1992'de “Zayıf Engelleme Süreci” gibi kavramlarla belirtilmiştir. 1993 yılında, ‘Ters ve Gecikmiş Engellenme

(Aversive Delayed Inibition)’ tanımı ileri sürülmüştür. Buna göre DEHB olan çocuklarda engellenme düzeyleri gecikmektedir (Weiss, 2002: 647).

DEHB ilk olarak ICD-9 (1965) ve DSM-II (1968) de “Çocukluktaki Hiperkinetik Sendromu” adı altında bilimsel sınıflandırmaya girmiştir. DSM-III’de (1980) dikkat eksikliği belirtisinin önemi vurgulanarak “Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği” ve “Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği” iki alt gruba ayrılarak adlandırılmıştır (Canat, 1998: 1120; Şenol, 2008: 297; Weiss, 2002: 647).

DSM-3-R (1987) sınıflandırılmasında “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” adıyla yer alan bu bozuklukta belirlenen 14 belirtiden tanı için minimum 8 belirtinin olması şartı konulmuştur. DSM-3-R’de hastalığın ana belirtileri dikkat eksikliği, dürtüsellik, hiperaktivite olarak belirlenmiştir (Canat, 1998: 1120; Şenol, 2008: 298).

DSM-4’te (1994) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu en son şeklini alarak belirtilerin özelliğine göre üç alt tipe ayrılmıştır. Bunlar: 1-Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip 2-Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip 3-Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip olarak adlandırılmıştır. DSM-4’te Davranım Bozukluğu ve Karşıt Olma ve Karşı Gelme Bozukluğuna da yer verilmiştir. DSM-4’te Bozukluk, Yıkıcı Davranım Bozuklukları Başlığı altına alınmıştır (Şenol, 2008:298; Weiss, 2002: 648).

ICD-10’da (1992) Ruhsal ve Davranımsal Bozukluklar sınıflandırılmasında Bozukluğa hiperaktivite belirtisinin önemi vurgulanarak ‘Hiperkinetik Bozukluk’ olarak adlandırılmıştır.

DSM-5’te bozukluk DSM-4’ten farklı olarak “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altında yer almıştır. Davranım bozukluğu ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu DEHB ile yüksek birlikteliklerine karşın DSM-5’te Yıkıcı Davranım Bozuklukları başlığı altında DSM-4’teki gibi yer almıştır (Köroğlu, 2014: 21).

1.1.2. DEHB’in Tarihçesi

DEHB’nin tipik bulguları 1846 yılında daha sonra Frankfurt’taki ilk akıl hastanesini kuran Heinrich Hoffmann tarafından basılmış olan bir çocuk kitabında tanımlanmıştır (Thome ve Jacobs, 2004: 303). Dikkat eksikliği ve davranım sorunları olan çocukların varlığına 1902 yılında George Still tarafından dikkat çekilmiştir. “Defects in Moral Control” adı altında Still, hiperaktivite, öğrenme güçlükleri, dikkat

problemleri ve davranım bozukluklarını içeren sorunları tanımlamış ve etyolojide çevresel etkenler rol oynayabilse de büyük olasılıkla genetik nedenlere bağlı olabileceğini bildirmiştir. Tredgold, 1908 yılında aynı görüşleri savunmuş, gelişimin erken dönemlerinde hafif ya da fark edilemeyen bir beyin hasarının oluştuğunu, bu hasarın da hiperkinetik çocuklardaki davranış problemlerini doğurduğunu ortaya koymuştur. Daha sonraki dönemlerde de Pasamanick ve arkadaşları (Sanberg, 1996: 11) yaptıkları araştırmalarda, DEHB'nun çok azının beyin hasarından kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir.

1919-1920 yıllarında ortaya çıkan influenza ensefaliti epidemisi sırasında ensefalit geçirmiş olan çocuklarda hastalıktan sonra gelişen ve Still'in tanımladığına benzeyen hiperaktivite, dürtüsellik, antisosyal davranışlar ve duygusal değişiklikleri Kahn ve Cohen 1934 yılında "organik kökenli" olarak tanımlamış ve bu durumun beyin sapındaki hasara bağlı olabileceğini düşünmüşlerdir. Daha sonra 1937'de Bradley amfetamin tedavisiyle hiperaktif çocukların belirtilerinde düzelme saptayarak bu durumu minimal beyin disfonksiyonu ya da hasarı olarak tanımlamıştır. 1941'de Gesell yayınladığı "Gelişimsel Çocuk Hastalıkları" kitabında minimal beyin hasarını daha çok kalıtsal olan motor güçsüzlük ve garip davranışlarla belirli bir durum olarak tanımlamıştır (Öner ve Arsev, 2007: 398).

Pasamanick ve Knobloch (Breslau vd., 1996: 3), 1940'lı yılların sonunda, gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonların hiperaktiviteye neden olduğunu öne sürmüşlerdir. Straus ve arkadaşları 1947 yılında, aşırı hareketlilik, şaşkınlık, dürtüsellik, bir davranışı sürdürmede ısrarlılık (perseverasyon) ve bilişsel yetersizliği olan çocuklarda gösterilemeyen beyin hasarı bulunması gerektiğini ileri sürmüşlerdir. O dönemde, beyin hasarı ile eş anlamlı olarak algısal güçlükler ve davranışsal problemler "Straus Sendromu" olarak adlandırılmaya başlanmıştır. Knobloch ve Pasamanick 1959 yılında yaptıkları çalışmada minimal beyin disfonksiyonu olan çocukların belirtilerinin öğrenme bozuklukları, hiperaktivite gibi hafif bir sekelden mental retardasyon, serebral palsi gibi ciddi anormalliklere varan geniş bir yelpazede olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca Clements ve Peters tarafından 1960'lı yıllarda hiperaktif çocukların sadece küçük bir kısmında beyin hasarı olduğu ortaya konmuştur (Öner ve Arsev, 2007: 398; Shorter, 2005: 32). Still, "Defects in Moral Control" olarak tanımladığı olguların kronik olduğuna inanıyordu. Böylece ilk kez DEHB'nin erişkin dönemde süreceğinden, en azından çocukluk olgularının erişkin dönemde benzer bulgulara sahip olabileceğinden

söz ediliyordu. Still, erişkin DEHB olasılığına işaret etmesine rağmen erişkinlerin bu kronik çocukluk çağı bozukluğunun belirtilerini sergileyebileceğine ilişkin ilk çalışmalar 1960'ların sonlarına doğru yayınlanmaya başlanmıştır. O dönemlerde bozukluk minimal beyin disfonksiyonu olarak tanınıyordu. Üç farklı açıdan erişkin bozukluğundan söz ediliyordu. 1968 yılında Harticollis ergen ve genç erişkin dönemdeki olguların nörofizyolojik ve psikiyatrik değerlendirmelerini yayınladığı makalesinde ilk kez DEHB'nin erişkin dönemde sürdüğünü bildirdi. Bu olguların nörofizyolojik değerlendirmesi minimal beyin disfonksiyonunu gösteriyordu. Davranış profilleri ise Still'in tanımladığı çocuk olgulara benzer şekilde dürtüsellik, aşırı hareketlilik, duygudurumda labilite ile saldırgan davranışlara ve depresyona yatkınlığı içeriyordu. Bu bireylerin bazıları bu davranışları çocukluklarından beri hiç değişmeksizin sergiliyordu. Harticollis psikoanalitik kurama dayanarak bu durumun ego gelişimindeki erken ve olasılıkla konjenital kusurun başarı, görev odaklı ve çok meşgul olan ebeveyn örüntüsü ile etkileşmesi sonucu oluştuğunu ileri sürdü. Yani belirli çocuk yetiştirme örüntüsüne sahip, mükemmeliyetçilik beklentisi içindeki ebeveynlerin yetiştirdiği, doğuştan gelen bilişsel kusurlar sergileyen çocuklarda minimal beyin disfonksiyonu oluşuyordu. Mendelson 1971 ve Menkes 1967 yıllarında yaptıkları izlem çalışmalarında pek çok olguda minimal beyin disfonksiyonu/hiperaktivite belirtilerinin erişkin dönemde sürdüğünü gösterdiler. 1970'li yıllarda yapılan iki ayrı çalışmada Cantwell ve Morison ise hiperaktif çocukların ebeveynlerinin de hiperaktif olduğunu ve erişkin dönemde sosyapati, histeri ve alkolizm sorunları olduğunu gösteren araştırmalarını yayınladılar(Barkley vd., 2008: 199).

Quitkin ve Klein 1969'da minimal beyin disfonksiyonu olan olgularda organik nedenleri ve beyin hasarının davranışsal belirtilerini araştırdıkları çalışmalarında hastalarda kontrol grubuna kıyasla iki kat daha fazla organik bozukluğa işaret eden EEG anormallikleri ve psikolojik testlerde bozulmalar saptadılar. Ayrıca dikkati çeken bir diğer nokta erken yaşta hiperaktif dürtüsellik ve dikkat eksikliği sergilemenin erişkin dönemdeki dürtüsel-yıkıcı davranışları öngördüğünü yani bozukluğun erişkin döneme dek sürdüğüne işaret eden bulgularıydı. Harticollis'in psikoanalitik hipotezinde işaret ettiği çocuk yetiştirme stilini hastalarında gözlemlediklerinden Still'in görüşlerini benimsediler ve "ebeveynlerin bozukluğun yol açtığı sorunları şiddetlendirebileceğini fakat bu dürtüsel-yıkıcı sendromun oluşumunda rol oynamadıklarını" ileri sürerek tedavide fenotiazin gurubu ilaçlar ve yapılandırılmış eğitimin önemine dikkat çektiler.

1972’de Shelley ve Reister minimal beyin disfonksiyonu olarak tanımlanan erişkin olgularda organistiteye işaret etmişlerdir. Bu olgularda klinik olarak odaklanma güçlüğü, duygusal labilite, dürtü kontrollerini kaybetme korkusu, irritabilite, anksiyete ve özgüven kaybı tanımlarken EEG bulguları, silik nörointegratif bozuklukları göstermişlerdir. Motor gelişim ve koordinasyonla ilgili sorunlar günümüzde iyi tanımlanmıştır (Öner ve Arsev, 2007: 399; Barkley vd., 2008: 201). 1973’te Pontius minimal beyin disfonksiyonlu 100 erişkin hastadaki klinik gözlemlerini bildirmiş ve bozukluğun frontal lob ve kaudat disfonksiyonundan kaynakladığını ileri sürmüştür. Onun gözlemleri 1996 ve 1997 yıllarında Castellanos ve Filipek tarafından DEHB’de prefrontal-caudat ağda azalmayı gösteren araştırma sonuçlarıyla doğrulanmıştır (Barkley vd., 2008: 203; Schneider vd., 2006: 33).

Morison ve Minkoff 1975’de erişkinlerdeki patlayıcı kişilik bozukluğu ya da ataklarla giden kontrolsüzlük sendromunun hiperaktif çocukların erişkin görünümü olabileceğini ileri sürdü. Mann ve Greenspan 1976’da erişkinlerde minimal beyin disfonksiyonun ayrı bir klinik tanı olduğunu tartışılar ve belirtilerin imipramin veya uyarıcı tedaviye yanıt verdiğini buldular (Barkley vd., 2008: 204).

Ondokuzuncu yüzyılda opium, 20. yüzyılın başlarında barbitüratlarla tedavi edilen hiperaktif çocuklar ancak 1930’lardan sonra özgül ilaçlarla (amfetamin) tedavi edilmeye başlanmıştır. İlk kez 1937’de Bradley hiperaktif çocuklarda benzedrinin (rasemik amfetamin sülfat) faydalı etkileri olduğunu yayınlamıştır. 1950’lerde davranış bozukluğu sergileyen çocuklarda klorpromazin gibi çeşitli antipsikotikler kullanılmıştır. 1954’de Avrupa’da, 1956’da Amerika Birleşik Devletleri’nde depresyon tedavisi için kullanıma giren metilfenidat 1970’lerden sonra DEHB tedavisinde kullanılmaya başlanmış ve uyarıcılar DEHB’de tercih edilir tedavi haline gelmiştir. Uyarıcıların erişkin minimal beyin disfonksiyonu olgularında etkinliğini doğrulayan ilk çift kör plasebo kontrollü bilimsel araştırma Wood ve arkadaşları tarafından 1976’da yayınlanmıştır ve 1970 ve 1980’li yıllarda yapılan çeşitli çalışmalarda çocukluk minimal beyin disfonksiyonu ya da hiperaktivitesi erişkin dönemde sürdüğü ve tedavisinde uyarıcı ve antidepresanların faydalı olabileceği bildirilmiştir. Ancak psikiyatristlerin çocukluk DEHB’sinin erişkin görünümelerini fark etmesi ve tedavide uyarıcıları önermesi 1990’ları bulmuştur (Greydanus vd., 2007: 72; Spencer vd., 2007: 632).

Zametkin ve arkadaşları 1990'da erişkin DEHB olgularında ilk nörogörüntüleme çalışmasını yayınlamışlardır. Bu pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmasında hem global olarak hem de prefrontal korteks de ve anterior singulatta azalmış glikoz metabolizması gösterilmiştir (Schneider vd., 2006: 34).

1.1.3. DEHB Epidemiyolojisi

Özellikle çocuklarda DEHB oldukça sık görülen bozukluklardandır. Dünyanın birçok yerinde yapılan çalışmalarda çocukların %8-10'unda, gençlerin %6-8'inde, erişkinlerin %4-5'inde DEHB olduğu gösterilmiştir. Tüm dünyada erişkin DEHB yaygınlığı açık değildir, çünkü tanı ölçütleri tartışmalıdır (Turgay, 2009: 11). ABD'de 8-15 yaş aralığındaki 3082 çocuk üzerinde yapılan bir araştırmada, çocukların %8,7'sinin DSM-IV Tanı Ölçütleri'ne göre DEHB tanısı aldıkları, bu tanının ailesinde sosyoekonomik düzey düşüklüğü olan çocuklarda daha yüksek olduğu, ayrıca DSM-IV'e göre DEHB tanısı alan çocukların %47,9'una önceden DEHB tanısı konulduğu ve %32'sinin son bir yıldır DEHB tedavisi aldıkları bildirilmiştir (Froehlich vd., 2007: 859). DEHB tanısı alan çocukların çok önemli bir bölümü ergenlikte (%80) ve erişkinlikte de (%65) DEHB tanısı almaya devam ederler. ABD'de yapılmış bir çalışmada erişkin DEHB sıklığı %4,4 oranında saptanmıştır. DEHB erkek, evli, işsiz olanlarda daha yüksek oranda saptanmıştır. Erişkin DEHB'nin diğer DSM-IV tanıları ile birlikteliğinin sık olduğu bulunmuştur (Kessler vd., 2006: 718).

Türkiye'de üniversite öğrencilerinde DEHB belirtilerinin sıklığını araştıran bir çalışmada, DEHB sıklığı %2,6 olarak saptanmıştır (Doğan vd., 2008: 114). Kesitsel tanımlayıcı desende tasarlanmış ve evrenini Trakya Üniversitesi'nin Edirne şehir merkezindeki bütün fakülte ve yüksekokullarında eğitim gören öğrencilerin oluşturduğu bir araştırmada, araştırma grubunda erişkin DEHB sıklığı %5,9 olarak bulunmuştur (Şahin, 2009: 51).

Kanada ve ABD'ye oranla, dünyanın diğer bölgelerinde ve Avrupa'da daha düşük DEHB sıklığının saptanmış olmasının, araştırmalarda farklı yöntem ve tanı ölçütlerinin kullanılmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Son 20 yıldaki gelişmeler, hastaların büyük çoğunluğunda tedaviye kısa sürede yanıt alınması, hastaların tedaviye ulaşabilme ve uyumlarının yüksek düzeyde olması beklentilerini getirmektedir. Fakat yakın zamanda yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalarla, durumun böyle olmadığı, birçok hastanın tedaviye ulaşamadıkları ya da tedaviye devam etmedikleri belirtilmiştir

(Turgay, 2009: 14). Erkek çocuklarda DEHB'nin kız çocuklarına göre 3-4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Barbaresi vd., 2002: 221).

Fakat çekirdek DEHB semptomları açısından, erkek ve kızlar benzerlik taşımaktadırlar. Kız çocuklarındaki hafif semptomlar atlanmakta, bu çocuklar uygun tedavilere ulaşamamakta ve zarar görmektedirler (Doyle, 2006: 97).

1.1.4. DEHB'e Neden Olan Faktörler

1.1.4.1. Genetik Etkenler

DEHB genetik geçişi olan ailesel bir bozukluktur. Araştırmalar DEHB' li çocukları olan ailelerin yüksek oranda psikopatolojiye DEHB dahil sahip olduğunu göstermektedir. %10-35 arasında birinci derece akrabalarında DEHB bulunmaktadır (Barkley, 2006: 29; Tannock, 1998: 72). Evlat edinme ve ikiz çalışmalarının sonuçları da ailesel geçişi desteklemektedir. DEHB'li olan ve olmayan çocukların kardeşleri ile yapılan çalışmalarda DEHB'li olanların kardeşlerinde DEHB belirtilerinin daha fazla oranda olduğu bulunmuştur. Bu oran ikiz kardeşler arasında daha fazla; monozigot ikizler arasında da en fazla gösterilmiştir (Barkley, 2006: 30; Tannock, 1998: 73;). Moleküler genetik çalışmalarda farklı genlerin DEHB'nin etyolojisinde rol oynadığı saptanmıştır. Bunlar, D2 dopamin reseptör geni, dopamin-B-hidroksilaz geni, dopamin transpoter geni (DAT) ve D4 dopamin reseptör geni (DRD4)'dir. DRD4 geni ile ilgili değişikliklerin DEHB' ye yol açtığı düşünülen dopamin reseptörüne yanıtızlığa aracılık etmesi nedeniyle bu gen özel önem taşımaktadır. Ayrıca DRD4 geninin varyantları, DEHB olan erişkinlerin ailelerindeki DEHB ile de ilişkili bulunmuştur (Spencer vd., 2002: 4). DEHB' li olguların %55' inde aile öyküsü vardır. Tek yumurta ikizlerinde eş zamanlı hastalanma oranları %51, çift yumurta ikizlerinde %33' tür (Cyr ve Brown, 2000: 71; Weiss, 2002: 651).

1.1.4.2. Nörofizyolojik Çalışmalar

DEHB tanısı konulan çocuklarda yapılan nörofizyolojik çalışmalarda, elektroensefalografi (EEG) paternleri incelenmiş ve bu çocukların bir kısmında epileptiform deşarjlar tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda DEHB tanısı alan çocukların EEG'lerinde %5-7 oranında epileptiform deşarjların görüldüğü ve epileptiform aktivitenin nöronal gelişimi ve işlevlerini bozarak geçici ya da kalıcı davranışsal, bilişsel bozukluğa yol açtığını düşünülmektedir (Dunn, 2006: 28).

1.1.4.3. Nöropsikolojik Çalışmalar

DEHB tanılı bireylerde yürütücü işlevler olarak bilinen inhibisyon kontrolü, dikkat düzenlenmesi, bir konudan diğerine geçiş yapabilme, çeldiricilere karşı koyabilme ve çalışma belleği ile ilgili fonksiyonlarda bozukluk olduğu gösterilmiştir (Castellano ve Tannock, 2002: 619) ve özellikle yanıt inhibisyonu, vijilans, çalışma belleği ve planlamada da bozukluk olduğu bildirilmektedir (Wilcutt vd. 2005: 1338).

1.1.4.4. Nörotrofik Faktörler

DEHB nörogelişimsel bir bozukluk olması nedeniyle nöronal sağkalım ve farklılaşma, sinaptik etkinlik ve nöronal plastisitede rolü olan nörotrofik faktörlerin bu karmaşık hastalığın etiyojisi için güçlü adaylar olduğu söylenebilir (Ribases ve Hervas, 2008: 938).

Nörotrofik faktörler, nöronal ağların formasyon ve plastisitesinde önemli düzenleyici faktörlerdir (Huang ve Reichardt, 2001: 701). Nörotrofinler beyin hücrelerini korur ve gelişiminde rol alır, ayrıca dendritik dallanmayı, monoamin reseptör ekspresyonunu ve monoamin üretimini desteklerler (Tardito vd., 2006: 121).

1.1.5. DEHB Alt Tipleri

DEHB alt tipleri DSM- V tanı kriterlerine göre ayrılır. Alt tipin ayrımı son altı aydır baskın olan belirtiler göz önüne alınarak yapılır.

1.1.5.1. DEHB – Bileşik Tip

Temel bulguların her üçü de aynı anda vardır. DEHB' ye sahip çocuk ve ergenlerin büyük kısmı bu grupta yer alır. Erişkinler içinde aynı durumun geçerli olup olmadığı tam olarak bilinmemektedir. Yaşadığı dönemin gelişim özelliklerine uygun olmayan huzursuzluk, davranışsal ve duygusal engellenme eşiğinde düşme, farklı düzeylerde etkilenmiş dikkat yer alır. Bu belirtiler çocuğun hem ev hem okul yaşamında ciddi güçlüklerle neden olur. Sıklıkla erişkin yaşama kadar devam eder. Her iki cinsiyette en sık görülen tiptir (Şenol vd, 2011: 48).

1.1.5.2. DEHB – Dikkatsizliğin Ön Planda Tutulduğu Tip

DEHB-dikkat eksikliğinin önde olduğu tipte, DSM-V'ün dikkat eksikliği tanı ölçütleri vardır, ancak hiperaktivite ve dürtüsellik ölçütlerini tam olarak karşılamazlar.

Bu çocukların dikkatin sağlanması, sürdürülmesi ve organizasyonu ile ilgili sorunları vardır. Aile ilişkileri ve sosyal alanda bazı güçlükleri olabilir ancak temel sorun okulda yaşanır. Öğretmenleri, bu çocukları sürekli geç kalan, organize olamayan, ödevlerini tamamlayamayan, rüyada gibi, unutkan olarak tanımlarlar. Diğer iki tipten farklı olarak okula başlayana kadar belirti vermeyebilir ve genellikle ilk kez ilkokul döneminde tanı alır (Şenol vd, 2011: 50). Kızlarda erkeklere göre daha sık görülür.

1.1.5.3. DEHB – Hiperaktivite ve Dürtüsellikğin Ön Planda Tutulduğu Tip

En az altı aydır hiperaktivite - impulsivite belirtilerinin en az altısı süregelmektedir. Dikkatsizlik belirtileri yok ya da 6'nın altındadır. Genellikle dikkat eksikliği alt tipinden daha erken tanı alırlar. Çocuktaki aşırı hareketlilik gelişim dönemi normlarına göre uygunsuzdur. DEHB'si olan bir çocuğun ilk muayenesi sırasında hareketlilik gözlenmeyebilir. Genellikle; okul ve evdeki durum sorgulanarak tanı ortaya konur. Okul öncesi dönemde DEHB'si olan çocuklar yapılandırılmış oyunları oynamakta güçlük çekerler. Yaş arttıkça motor aktivite azalabilir ve erişkinlikte yerini duygusal huzursuzluk alabilir. Engellenme eşikleri diğer tiplerden daha düşüktür. Erkeklerde kızlara göre daha sıktır (Şenol vd, 2011: 51).

1.1.6. DEHB'in Yaşam Boyu Seyri

DEHB'li çocukların %40-50 kadarında bozuklukla ilgili belirtilen oldukça düşük düzeyde sorun teşkil etmekte, ergenliğe giriş ile beraber ise kaybolmakta olduğu düşünülmeye karşın konuyla ilgili gerçekleştirilen izlem çalışmaları ise bu durumun doğru olmadığını göstermektedir. DEHB zaman içerisinde aşağıdaki gibi 3 farklı seyir izlemektedir:

1. Gelişimsel gecikme; olguların %30'unda görülür. Genç erişkinliğin erken dönemlerinde belirtilerin kaybolduğu gruptur.
2. Süre giden belirtiler; olguların %40'ında görülmekte olup belirtiler çeşitli sosyal ve duygusal güçlüklerle erişkin dönemde de devam eder.
3. Gelişimsel bozulma; olguların %30'unda görülmektedir.

Kesin olmamakla beraber ergenlerin %50'sinde DEHB erişkinlikte de devam etmektedir. DEHB'li çocukların izlenimlerinde dikkat çekici bir diğer bulgu da, dikkat eksikliği belirtilerinin hiperaktivite ve impulsivite belirtilerine göre daha kalıcı

olduğudur. DEHB tanısı alan çocuklar, ergenlik dönemine dürtüsellik, kolay öfkelenme gibi belirtiler ile girdiklerinde ve bunların ergenliğin kendine has davranışlar ile birleşmesi halinde kimlik bocalaması ve diğer davranışsal problemlerin çözümü doğal olarak daha zor hale gelmektedir (Öztürk, 2004: 51).

1.1.7. DEHB’nda Gidiş ve Sonlanım

Çocukluk dönemindeki DEHB’ nin kötü gidişinin risk faktörleri DEHB’ ye komorbid davranım bozukluğunun olması, evdeki karmaşık ortam, DEHB’ nin çok erken yaşta başlaması, ebeveyndeki psikopatoloji varlığı, olumsuz anne baba tutumları, genetik yatkınlık olarak bildirilmiştir. Kötü gidişin en güçlü belirleyicisi DEHB’ye komorbid davranım bozukluğunun olmasıdır. Aile içi güçlükler DEHB’ li çocuğun erken karşıt olma davranışına ve bu da antisosyal davranışa ve kişiliğe bir yol oluşturur (Patterson, DeGarmo ve Knutson, 2000: 63).

İlk Çocukluk Dönemi

Araştırmalar okul öncesi dönemdeki çocuğun hareketliliğinin aşırı ve kendini kontrol edememesinin DEHB’ nin ileri dönemdeki işareti olabileceğini göstermiştir. (Nigg, Goldsmith ve Sachek, 2004: 81). Campbell (2002) ilkökul döneminde DEHB tanısının, okul öncesinde daha yoğun belirtiler ve anne-çocuk ilişkisindeki zorluk, aile içi zorluklar ve davranım problemleri varlığı ile ilişkili olarak devam ettiğini göstermiştir.

Çocukluk Dönemi

Birçok DEHB’ li 6-12 yaş arasında tanı alır. Okul ve sınıf kurallarına uyması beklenirken ilkökul döneminde arkadaş ilişkilerinde güçlük ve reddedilme, akademik başarısızlık, öz denetim ve öz organizasyonda beceri eksikliği, karşıt olma, davranış problemleri eşlik edebilir (Campbell, 2002: 56).

Ergenlik Dönemi

Hiperaktivite dürtüsellik belirtileri ergenlik döneminde azalır, huzursuzluk daha etkili görülür (Willoughby, 2003). Vakaların dörtte iki ila üçünde (%40-80) DEHB ergenlik döneminde belirtilerini göstermeye devam eder (Smith, vd, 2006: 102). Birçok araştırma ergen DEHB’ li çocukların kontrol grubuna göre okuma problemleri, okul

başarısında düşme, davranım bozuklukları, hamilelik, depresyon ve anksiyete bozuklukları, alkol-madde kullanım bozukluğuantisosyal kişilik özellikleri açısından riskli olduğunu göstermiştir. Aile ilişkileri, okul kurallarına uyumda da bozulma vardır (Manuzza vd., 1997: 97).

Yetişkinlik Dönemi

DEHB belirtileri vakaların üçte bir ila yarısında (%30-50) erişkin dönemde de devam eder (Barkley, 1997). Birçok araştırmaya göre DEHB yetişkin dönemde %23-40 oranında başka psikiyatrik bozukluk olmaksızın devam etmektedir (Biedermann vd., 1993: 55). Erişkin dönemde de çocukluk döneminde olduğu gibi eş tanıluluk oranları yüksektir. Barkley ve arkadaşları yetişkinlik döneminde antisosyal kişilik bozukluğu (%12-27) başta olmak üzere, pasif agresif kişilik bozukluğu (%19), sınır kişilik bozukluğu (%11) ve kaçınan kişilik bozukluğu (%11) ile eş tanılığını bildirmişlerdir (Barkley, 1998: 69).

İKİNCİ BÖLÜM

2. KAVRAMSAL AÇIDAN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

2.1.1. OKB Tanımı

Obsesif kompulsif bozukluğun temel özelliği, belirgin sıkıntı ve zaman kaybına neden olan, bireyin olağan günlük işlerini, mesleki işlevini ya da olağan toplumsal etkinliklerini, diğer bireylerle olan ilişkilerini anlamlı derecede bozacak kadar şiddetli, yineleyici obsesyon ve kompulsiyonlardır. Obsesyonlar, en azından başlangıçta, çok rahatsız edici ve mantıksız olarak yaşanan ısrarlı düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir (örneğin; bir ebeveynin çocuğunu öldürme ile ilgili dürtüleri, bir ev kadınının kendisine veya çocuklarına mikrop bulaşabileceği düşünceleri gibi). Kişi bu tür düşüncelerine önem vermemeye, bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır. Sanrılardan farklı olarak obsesyonların kendi zihninin ürünü olduğunu bilir (Kaplan ve Sadock, 1989: 987).

Kompulsiyonlar, kişinin bir obsesyona tepki olarak geliştirdiği ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici, amaçlı ve istemli davranışlar (örneğin el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemlerdir (örneğin sayı sayma, dua etme). Obsesyonlar, tanımı gereği sıkıntıya neden olurken; kompulsiyonlar sıkıntıdan kurtulmaya ya da varolan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan durumdan korunmaya yöneliktir. Kompulsiyonlar, etkisizleştirilmek ya da korunulmak istenen durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir veya çok aşın düzeydedir. Birey kompulsiyona direnç gösterdiğinde giderek artan ve kompulsiyonun uygulanmasıyla ortadan kalkan bir gerginlik duygusu yaşar. Hastalığın gidişi sırasında kompulsiyonlara direnç göstermede yineleyen yetersizlikler hastanın bunlara boyun eğmesine ve daha fazla karşı koymamasına yol açabilir (Kaplan ve Sadock, 1989: 989).

Çeşitli sınıflama sistemlerinde bu bozuklukla ilgili ölçütler bildirilmektedir. Örneğin Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder) sistemi ya da Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems) sınıflamasında önerildiği gibi (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1995: 104).

Obsesif kompulsif bozukluk için DSM-III-R tara ölçütleri:

A. Obsesyonların ya da kompulsiyonların varlığı

Obsesyonlar aşağıdaki şekillerde tanımlanır.

1. En azından başlangıçta hasta tarafından istenmeden geldiği şeklinde algılanan ve anlamsız olarak yorumlanan, yineleyen ve ısrarlı düşünceler, dürtüler ya da düşlemler
2. Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.
3. Kişi, obsesyonel düşüncelerim, dürtülerini ya da düşlemlerim kendi zihninin bir ürünü olarak görür.(Düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir.)
4. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyonun içeriği bununla ilişkili değildir; örneğin düşünce, dürtü ya da düşlemler, bir yeme bozukluğu olması durumunda yiyecek ile ilgili değildir ya da bunlar, majör depresyon olması durumunda görülen suçluluk düşünceleri değildir.

Kompulsiyonlar aşağıdaki şekillerde tanımlanır.

1. Bir obsesyona tepki olarak ya da belirli kurallara göre ya da basmakalıp bir biçimde uygulanan yineleyici ve belirli bir amaca yönelik davranışlar
2. Bu davranış sıkıntıyı gidermek ya da önlemek, korku yaratan bir olayı, durumu etkisizleştirmek ya da önlemek üzere tasarlanır; ancak yapılan etkinlik, etkisizleştirilmek ya da önlenmek üzere tasarlanan şeyle gerçekçi biçimde ilişkili değildir, ilişkili olsa bile yapılan etkinlik açıkça aşındır.
3. Kişi davranışının aşın ya da mantıksız olduğunu bilir (küçük çocuklar için bu geçerli olmayabilir; obsesyonları aşın yüklü düşüncelere dönüşen kişiler de artık davranışlarının aşın ya da mantıksız olduğunu bilmiyor olabilirler).

B. Obsesyon ve kompulsiyonlar belirgin sıkıntıya neden olur, zamanın harcanmasına yol açar ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

- C. Bu bozulduk bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1995: 107).

DSM-III-R obsesyonları düşünceler, kompulsiyonları davranışlar olarak tanımlamıştır. DSM-IV’de ise düşüncelerin (mental eylem), anksiyeteyi artırıcı özelliği varsa obsesyon, azaltıcı özelliği varsa kompulsiyon olarak sınıflandırılması önerilmiştir. DSM-III-R’da belirtilen, kompulsiyonların amaçlı ve istemli davranışlar olduğu tanımı DSM-IV’de kaldırılmıştır. DSM-IV hekime “OKB, içgörüsü az olan tip” tanısı koyma olanağı sağlamaktadır (Kaplan ve Sadock, 1989: 991).

ICD-10 sınıflamasında OKB “Nevrotik, stresle ilişkili ve somatoform bozukluklar” grubunda sınıflandırılmış DSM-III-R’den farklı olarak tam konulabilmesi için belirtilerin en az iki haftadır sürüyor olması gerektiği belirtilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 1993: 75).

ICD-10’a göre OKB tam ölçütleri:

1. Kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak tanımlanmalı.
2. Kişinin daha fazla karşı koyamadığı düşünceleri olabilir de, hala karşı koymaya çalıştığı ancak başarısız olduğu en az bir düşünce ya da davranışı bulunmalı.
3. Davranış olarak beliren düşüncenin kendisi zevk verici olmamalı (gerilim ya da anksiyetede azalma bu açıdan zevk olarak değerlendirilmez).
4. Düşünce, imaj veya dürtüler hoş gitmeyen bir biçimde yineleyici olmalıdır.

2.1.2. OKB’nin Tarihçesi

Obsesyon ve kompulsiyonlar insanlık tarihi kadar eskidir. Çok eski din kitaplarında obsesif düşünce ve kompulsif davranışlara işaret eden örnekler, Mezopotamya’da 4000 yıl öncesine dayanan çok iyi belgelenmiş tanımlamalar bulunmaktadır (Öztürk, 2001: 80). Orta çağ Avrupasında ise obsesyonları olan kişiler, şeytanın ele geçirdiği düşünülüp, büyü ya da işkenceyle tedavi edilmeye çalışılmıştır (Aslan ve Ünal, 1995: 103). On yedinci yüzyılda Shakespeare, Lady Matchbeth kimliğinde onun kral olan kocasını öldürtmesi sonrasında başlayan elinin kirlendiği

düşüncesi ve el yıkama hastalığı ile obsesif kompulsif nevrozun klasik bir örneğini vermiştir (Öztürk, 2001: 83).

Obsesif-kompulsif bozukluğa benzer bir sendromun ilk tanımlamalarında zihni meşgul eden dini içerikli temaların melankoli veya depresyonla ilişkisine değinilmiş, önde gelen semptomun günahkarlık olduğu bu hastalığı tanımlamak için şüpheler ve dinsel melankoli anlamına gelen “scmples” ve “religious melancoiy” terimleri kullanılmıştır. Bu bağlamda ilk olgu bildirisi 1660’da William Oseney’in dini konularda aşırı düşünceli olmasını ‘scruples’ adı altında dile getiren Taylor tarafından yapıldı. 1692’de Moore ise bir dinsel melankoli biçimi olduğunu ifade ettiği obsesif kompulsif bozukluğa uygun düşen bir tarifi onlar hepsini engellemeye, bastırmaya çalışmasına rağmen, zihinlerinden gelen ahlak dışı açık seçik düşüncelere karşı koyamamaktan yakınırılar’ şeklinde yapmıştır (Kolada vd. 1994: 33).

Daha çok sosyal-dinsel terimlerle yapılan açıklamalar, literatürde ilk kez 1838’de Esquirol tarafından bir melankoli belirtisi olarak tanımlanması ile yeni bir boyut kazanmıştır (Aslan ve Ünal, 1995: 107). Obsesyon terimini ilk kez 1866’da Morel kullanmıştır. Morel ayrıca bu bozukluğun bir çeşit otonomik sinir sistemi hastalığının karmaşık görünümü olabileceğini ileri sürmüştür. Legrand du Saulle 1875’de, OKB’ yi bazı psikotik ve depresif belirtilerle de komplike olabilen, dalgalanma gösteren, içgörünün olduğu delilik hali olarak tanımlamıştır (Berkun, 2003: 65).

Sendromun güncel tanımını yapan esas olarak Westpal’dır. Westpal 1878’de bozukluğun bilişsel kökeni olduğu üzerinde durmuş, temel patolojiyi mantıksız düşüncelerin meydana gelmesi olarak görmüş ve kişi tarafından saçma olduğu bilinen bu düşüncelerin, psikotik düşüncelerden ve gerçek delilikten ayrılması gerekliliğini belirtmiştir (Öztürk, 2001: 368).

20. yüzyılın başlarında Fransız ruh hekimi Janet, obsesyon ve kompulsiyonları fobilerle tek başlık altında toplayarak, buna “psikasteni” adını vermiştir. O’na göre psikasteni bireyde irade zayıflaması sonucu ortaya çıkıyordu (Öztürk, 2001: 369).

Freud ise obsesif kompulsif nevrozu fobik nevrozdan ayrı bir rahatsızlık olarak incelemiş, psikodinamiği ve ruhsal kökeni hakkında görüşler geliştirmiştir (Öztürk, 2001: 369).

Yüzyılı aşkın süredir iyi tanımlanan bir bozukluk olmasına rağmen, OKB'nin ayrı bir bozukluk olarak tanı sistemlerine girmesi oldukça geç olmuş ve ancak 1980 yılından sonra DSM sınıflaması içinde yer almıştır (Berkun, 2003: 67).

2.1.3. OKB Tanı Ölçütleri

DSM-5'e göre OKB tanı ölçütleri şu şekildedir (Karno vd., 1998: 1094):

Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk)

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

Takıntılar (obsesyonlar) aşağıdaki şekilde tanımlanır:

- Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
- Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) aşağıdaki şekilde tanımlanır:

- Kişinin, takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
- Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir. (Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler).

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

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

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı kuruntular;

beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığı olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranış bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımıdadır.

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

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

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

OKB, DSM-5'te Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer almaktadır. Bu gruptaki diğer bozukluklar ise Beden Algısı Bozukluğu (Vücut Dismorfik Bozukluğu), Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu), Deri Yolma Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bir Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk ve Tanımlanmamış Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluktur.

2.1.4. OKB Epidemiyolojisi

1980'li yılların ortalarına kadar OKB, kötü seyre sahip nadir görülen bir hastalık olarak düşünülürdü (Rasmussen ve Eisen, 1990: 10). Bunun en önemli nedeni, o döneme kadar mevcut epidemiyolojik bilgilerin, yapılandırılmış görüşmeler ve objektif tanı kriterlerinin olmaması, genel nüfusu temsil eden rastgele seçilmiş örneklemin değil de psikiyatrik hastaların ele alınması gibi yöntemsel sorunları bünyesinde taşıyan, 1950-1960'lı yıllarda yapılmış retrospektif verilere dayanması olarak açıklanmaktadır (Rasmussen ve Eisen, 1990: 12). Bununla birlikte çoğu araştırmacı, hastaların “deli” damgası yemekten korktukları için belirtilerini aileleri ve hekimlerine dahi söylemekten çekindiklerini öne sürerek, bozukluğun genci nüfusta zannedilenden çok daha sık olduğu kanaatini taşımaktaydılar (Rasmussen ve Eisen, 1990: 12).

Kapsamlı yapılandırılmış görüşmeler, objektif tanısal ölçütler gibi yöntemsel gelişmeleri kullanan ilk geniş ölçekli saha çalışması ABD Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health) tarafından yapılan Ulusal Epidemiyolojik Alan araştırmasıdır (Epidemiologic Catchment Area, EGA) (Rasmussen ve Eisen, 1992: 6). ABD'nin beş bölgesinde yürütülen ve yaklaşık 18500 kişiyi tarayan bu çalışma 1980 yılında başlamış, 1984 yılında ilk sonuçları, 1988 yılında ise tam sonuçları yayınlanmıştır. EGA çalışmalarında OKB' nin genel toplumda 6 aylık, 1 yıllık ve yaşam boyu yaygınlığı sırasıyla %1.5, %1.6 ve %2.5, başka bir deyişle beklenenin 40-60 katı fazla bulunmuştur (Robins vd., 1984: 947). Veriler OKB' nin alkol- madde kötüye kullanımı/bağımlılığı, fobiler ve depresyonu takiben en sık dördüncü ruhsal bozukluk olduğuna, panik bozukluk ve şizofreniden iki kat daha sık görüldüğüne işaret etmektedir bulunmuştur (Robins vd., 1984: 947).

Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik araştırmalarda saptanan yaşam boyu yaygınlıklar ise %1.9-2.5 arasında değişmektedir (Weissman vd., 1994: 7). Ülkemizde Konya il merkezinde yaklaşık 3000 erişkin üzerinde yapılan alan çalışmasında bir yıllık yaygınlık %3 bulunmuştur (Çilli vd., 2004: 369).

Yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada bir yıl boyunca poliklinik hastalarının aldıkları tanımlar incelenmiş ve klinik olarak OKB tanısı alanların altı ve üzeri yaşta toplam nüfusa oranı yüz binde 84 (%0.084) bulunmuştur. Saha çalışmalarında belirlenen bir yıllık yaygınlık oranlarının on katından daha azı anlamına gelen bu bulgu, toplumdaki OKB hastalarının büyük bir kısmının tedaviden yararlanamadığına işaret etmektedir (Fireman vd., 2001: 1904). Bu durum bireylerin

belirtilerini hastalık olarak kabul etmemeleri veya toplumda damgalanmaktan korktukları için gizleme eğilimi içerisinde bulunmaları nedeniyle psikiyatri uzmanlarına başvurmamaları ve sık olarak anksiyete, depresyon belirtilerinin öne çıkması, olağan ruhsal durum muayenesinde obsesif kompulsif tarama sorularının yetersiz oluşu gibi nedenlerle psikiyatristlerce atlanabilmesi ile açıklanabilir. Ayrıca bir çok OKB hastası gerek anksiyeteye ikincil fiziksel semptomlar, gerekse de somatik obsesyonlarda olduğu gibi doğrudan obsesif düşüncelerin etkisiyle psikiyatri dışı hekimlere de gidebilmektedir (Kolada vd., 1994: 25).

Çalışmaların çoğu OKB’de başlama yaşının çoğu kez 20-26 arasında olduğunu göstermektedir (Kolada vd., 1994: 25). ECA çalışmalarında ortalama başlama yaşı yaklaşık 23 bulunmuştur (Karno vd., 1988: 1096). Bozukluk erkeklerde kadınlara nazaran birkaç yıl daha erken başlamaktadır (Lensi vd., 1996: 102). Ayrıca belirtilerin %65 olguda 25, %90 olguda 35 yaşından önce başladığı ve 16-20 yaşları arası zirve yaptığı bildirilmektedir (Jenike, 1983: 101).

ECA çalışmalarında cinsiyet ile OKB arasında bağımsız bir ilişki saptanmamakla birlikte, yaşam boyu sıklık kadınlarda %2.9, erkeklerde %2 olarak tespit edilmiştir (Karno, vd., 1988: 1097). Diğer ülkelerde yapılmış epidemiyolojik çalışmaların analizinde ise en uç değere sahip iki ülke çıkarıldığında kadın/erkek oranının 1.2-1.8 olduğu belirlenmiştir (Weissman vd., 1994: 10). Ülkemizde de benzer sonuçlar elde edilmiştir (Çilli vd., 2004: 371). Kısaca erişkin nüfusta OKB’ ye kadınlarda biraz daha fazla rastlandığı söylenebilir.

Bazı yazarlar OKB’nin sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek bireylerde daha sık görüldüğünü, bazıları ise yaygınlığın öğrenim görmemiş fakat okur yazar kadınlarda ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (Çilli vd., 2004: 371).

OKB bekârlarda daha sık görülmekte, boşanmış ve dul olanlar ile ayrı yaşayanlarda oran yaklaşık dört kat artmaktadır. Ayrıca ailenin ilk veya tek çocuğu olmak, az veya çok sayıda kardeşe sahip olmak risk etkenleri olarak saptanmıştır (Çilli vd., 2004: 371).

EGA çalışmalarında yaşam boyu OKB yaygınlığı siyahlarda daha düşük bulunmuştur (Karno vd., 1988: 1098). Diğer altı ülkeyle karşılaştırıldığında Tayvan’da ise yaygınlık belirgin derecede daha az saptanmıştır (Weissman vd., 1994: 10). Bunlar etnik ve ırksal farklılıkların bozukluğun yaygınlığı üzerinde rolü olabileceğini akla

getirse de böyle bir ilişki henüz kesin olarak ortaya konulamamıştır (Çilli vd., 2004: 372).

2.1.5. OKB'ye Neden Olan Faktörler

2.1.5.1. Psikososyal Etkenler

Olguların yaklaşık %65'inde doğum, evlenme, sevilen birinin kaybı, önemli parasal sorunlar, fiziksel hastalık gibi çeşitli hayat olaylarının hastalığın başlamasında rol oynadığı bildirilmektedir (Lensi vd., 1996: 104). Kimi çalışmalarda da OKB hastalarında çocukluk çağı travmalarının kontrollere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmektedir (Lochner vd., 107).

2.1.5.2. Biyolojik Etkenler

Genetik

Gerek bazı yöntemsel problemleri bünyesinde taşıyan ilk aile çalışmaları, gerekse daha titiz yürütülen yeni çalışmalar OKB'de genetik geçişin rolü olabileceğini göstermiştir (Stein, 2000: 198).

Kontrollü çalışmalarda OKB'li hastaların birinci dereceden yakınlarında bozukluğun yaygınlığı, kontrol grubunun 5 katı ve yaklaşık %11 oranında bulunmuştur. Eşik altı OKB de eklendiğinde sıklık %18'e kadar çıkmaktadır (Pauls vd., 1995: 76). Ailevi özellik, erken başlangıçlı vakalarda çok daha belirgindir (Nesladt vd., 2000: 358). Obsesyonlar, kompulsiyonlara nispeten daha güçlü ailevi ilişki taşımaktadır. Ayrıca obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun varlığı da akrabalarındaki OKB riskini etkilememektedir (Nesladt vd., 2000: 358). OKB hastalarının ailelerinde tik bozukluğu yaygınlığının kontrol grubunun yaklaşık 4.5 katı olduğu, yaşam boyu anksiyete bozukluklarının ise genel nüfustan belirgin ölçüde sık olduğu saptanmıştır (Aslan ve Ünal, 1995: 108).

Yapılan bazı ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerindeki eş hastalanma oranı çift yumurta ikizlerinden daha fazla bulunmuştur. Bu da OKB'nin genetik temelini desteklemektedir (Grados vd., 2003: 55).

Son dönemlerde moleküler genetik çalışmalarda ise yeterli olmamakla birlikte COMT, MAO-A genlerindeki varyasyonlarla OKB'ye duyarlılık arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Azam ve Mathews, 2003: 64). MAO-A geni varyasyonu özellikle kadın hastaları etkilemesi nedeniyle MAO-A inhibitörleri bir kısım kadın hastada yararlı

olabilir (Camarena, vd., 2001: 279). OKB'ye duyarlılık artışıyla D4 dopamin reseptörü, dopamin transportör geni, 5HT1DP ve 5HT2A gen polimorfizmleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Hemmings vd., 2003: 93).

Nörokimyasal (Nörotransmitterler)

OKB'nin patofizyolojisini açıklamada nörokimyasal açıdan en çok serotonin, dopamin ve bu ikisi arasındaki etkileşim üzerinde durulmaktadır.

Serotonin

Sadece bir nörotransmitter sisteminin OKB'nin karışık patofizyolojisini tamamen açıklaması mümkün olmamakla birlikte, yeni çalışmalar büyük ölçüde serotonin (5- hidroksitriptamin, 5-HT) üzerine odaklanmıştır. Serotonin hipotezi temelde farmakoterapi çalışmalarına dayanmaktadır (Miealleg ve Blin, 2001: 191).

Güçlü bir serotonin geri alım inhibitörü (SGİ) olan klomipraminin OKB'de etkili olduğu yıllardır bilinmektedir. Buna karşın amitriptilin, imipramin, desipramin gibi serotonin geri alımını inhibe edici etkisi zayıf olan antidepresanlar OKB'de etkili değildir (Stahl, 2003: 335). Terapötik etkilerinin 5-HT geri alımını bloke ederek 5-HT'nin sinaptik düzeylerini arttırmasına bağlı olduğu varsayılan SSGİ (selektif serotonin geri alım inhibitörü)'lerin OKB' de etkili bulunması serotonerjik hipotezi desteklemektedir (Delgado ve Moreno, 1998: 21).

BOS' da serotonin metaboliti olan 5-HIAA (5-hidroksündolasetikast) düzeyleri santral 5-HT dolanımının bir göstergesidir (Miealleg ve Blin, 2001: 193). Bazı çalışmalarda BOS' da artmış 5-HIAA düzeylerinin saptanması ve semptomlarda düzelme ile 5-HIAA düzeylerindeki azalma arasında güçlü bir pozitif korelasyon bulunması da bu hipotezi desteklemektedir (Şahin, 1997: 493). Serotonerjik nöronların periferik marker özelliğini taşıyan platelet 3H-imipramin bağlama kapasitesinin OKB hastalarında düşük bulunması, presinaptik düzeyde serotonerjik sistemin disfonksiyonuna işaret etmektedir (Marazziti vd., 1992: 41).

Bir serotonin agonisti olan metaklorofenilpiperazinin (m-CPP) oral yolla verildiğinde OKB'li hastalarda belirtileri alevlendirdiği, aynı etkiyi sağlıklı bireylerde yapmadığı bulunmuştur (Zohar vd., 1987: 946). Başka bir çalışmada aynı bulgu elde edilememiştir (Miealleg ve Blin, 2001: 194).

Hastalarda kontrollere göre beyin serotonin transport yeteneğinin anlamlı derecede artmış bulunması, OKB’de serotonerjik bir yetersizliği, dolayısıyla da serotonerjik disfonksiyon hipotezini güçlü şekilde desteklemektedir. Serotonerjik disfonksiyonun erken başlangıçtı olgularda daha belirgin ve diğer ruhsal bozukluklara nazaran daha farklı şekilde olduğu tespit edilmiştir (Pogarell vd., 2003: 1406). Bununla birlikte erken başlangıçtı OKB hastalarının klomipramin ve SSGİ’lere daha az yanıt vermesi ve daha çok ilaç tedavisine gereksinim duyması serotoninin rolünün karmaşıklıkım düşündürmektedir (Fontanelle vd., 2003: 127).

Kısacası serotonerjik disfonksiyon tek başına OKB’nin tüm nörokimyasının açıklamaya yetmemektedir (Eşel, 2000: 46).

Dopamin

OKB hastalarının %40’a yakın bölümünün SSGİ’lere yanıt vermemesi, en azından bazı hastalarda OKB’nin patofizyolojisinde başka nörotransmitterlerin de rol oynayabileceğini düşündürmektedir (Stahl, 2003: 338). Hayvan çalışmaları amfetamin, bromokriptin, apomorfin ve L-dopa gibi çeşitli dopaminerjik ajanların kompulsiyonlara benzer stereotipik hareketlere neden olduğunu göstermektedir. Kokain de Tourette’s sendromu gibi tik bozukluklarında kompulsif semptomları kötüleştirmektedir (Miealleg ve Blin, 2001: 198). Dopamin in OKB belirtilerine aracılık edebileceğini düşündüren en güçlü bulgular ise bazal ganglionlarda dopamin disfonksiyonunun olduğu bazı hastalıklar ile obsesif kompulsif belirtiler arasında saptanan ilişkiye dayanmaktadır (Miealleg ve Blin, 2001: 198). SSGİ’lere dirençli olgularda güçlü antidopaminerjik etkili haloperidol eklenmesinin, özellikle tik bozukluğu eşlik edenlerde olmak üzere tedavi başarısını arttırması da bu hipotezi destekleyen diğer bir bulgudur (McDougale vd., 1994: 302).

Serotonin-Dopamin Hipotezi

Bu hipoteze göre 5-HT₂ reseptörleri aracılığıyla dopaminerjik sistem üzerinde inhibitör etkiye sahip olan serotoninin eksikliği bazal ganglionlardaki dopaminerjik aktiviteyi arttırmakta, böylece kompulsiyonlar veya bununla ilişkili tikler gelişmektedir (Stahl, 2003: 339). Nöroleptiklerin tek başlarına etkili olmamasına rağmen SSGİ’lere eklenmesinin bazı olgularda yararlı olması, klozapin, risperidon, olanzapin ve ketiyapin gibi atipik antipsikotiklerle tedavi sırasında obsesif kompulsif belirtilerin gelişebilmesi

veya alevlenebilmesi bu hipotezi destekler niteliktedir (Goodman vd., 1992: 29). Nitekim risperidonla bu ilişki doza bağlı görünmektedir. Risperidonun 5-HT₂/D₂ antagonizması dozla değişmekte ve düşük dozlarda dirençli vakalarda SSGİ'lere eklendiğinde yararlı olabilirken, yüksek dozlarda tersi etki yapabilmektedir (Alevizos vd. 1992: 263).

Nöropsikiyatrik

Huntington hastalığı, Sydenham koresi ve Tourette's sendromu gibi esas olarak bazal ganglionları etkileyen hastalıklarda obsesif kompulsif belirtilere daha sık rastlanılması, etyolojide bazal ganglionların rolü olduğunu düşündürmektedir (Cumming ve Cuningham 1992: 263). Ayrıca gerek OKB hastaları, gerekse bunların birinci dereceden akrabalarında Tourette's sendromu başta olmak üzere tik bozuklukları yaygınlığı kontroller ve diğer anksiyete bozukluklarından yüksek olması bu iki hastalık arasında etyolojik bir ilişki olabileceğini akla getirmektedir (Grados vd., 2001: 559).

OKB etyopatogenezinde nörolojik temeli düşündüren diğer bulgular şu şekilde sıralanabilir:

- Silik nörolojik bulgular OKB hastalarında sağlıklı kişilere göre daha sıktır ve obsesyonların şiddeti ile pozitif korelasyon göstermektedir (Hollander vd., 1990: 27).
- EEG'de hastalığın şiddeti ile orantılı sol frontotemporal disfonksiyon (azalmış elektriksel aktivite) gözlenmektedir (Tot vd., 2002: 538).
- Epilepsinin tedavisine yönelik yapılan sağ ve sol amigdalohipokampektomi operasyonlarından sonra OKB gelişebilmektedir (Kulaksızoğlu vd., 2004: 113).
- Tedaviye dirençli OKB hastaları anterior singulotomiden yarar görebilmektedir (Kim vd., 2003: 283).
- Sol veya bilateral motor belirtilerin baskın olduğu Parkinson hastalarında bazı obsesyon ve kompulsiyonlar kontrollerden daha sık görülebilmektedir (Maia vd., 2003: 371).

Nöroimmünolojik

Son yıllarda çocuk OKB hastalarının bir grubunda hastalığın başlaması veya alevlenmesi ile A grubu beta hemolitik streptokok (AG13HS) infeksiyonu ve antistreptokokal antikor titrelerinde yükselme arasında ilişki olduğu bildirilmektedir

(Swedo vd., 1998: 264). PANDAS (streptokok infeksiyonu ile ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluk) adı da verilen bu tanımlamaya göre OKB veya tik bozukluğu puberte öncesinde başlar, epizodik seyre sahiptir, belirtilerin ağırlaşması ile AGBHS infeksiyonu arasında zamansal ilişki vardır ve belirtilerin ağırlaştığı dönemlerde hastalarda koreiform hareketler gibi nörolojik anormallikler görülebilmektedir (Arnold ve Richter 2001: 1353). Erkek çocuklarda risk daha fazladır (Swedo vd., 1998: 264). Hastaların bir çoğunda AGBHS infeksiyonu herhangi bir klinik belirti vermeden de obsesyon ve kompulsiyonları tetikleyebilmektedir (Murphy vd., 2004: 61). PANDAS'ın genetik yatkınlığa veya bir immün regülasyon bozukluğuna sahip kişilerde streptokokal infeksiyon sonucu geliştiği ileri sürülmektedir (Arnold ve Richter 2001: 1354).

OKB hastalarında yüksek antistreptokokal antikor titreleri, puta men ve globus pallidus çekirdeklerinin büyüklüğü ile bağlantılı bulunmuştur. Dolayısıyla otoimmün bozukluklara yatkınlığı olanlarda AGBHS infeksiyonunun tetiklediği bağışıklık yanıtının bazal ganglionlarda hasara ve büyümeye neden olarak, ilerde obsesif kompulsif belirtilerin meydana gelmesini kolaylaştırdığı düşünülebilir (Peterson vd., 2000: 364).

Bu verilerden yola çıkarak PANDAS'lı çocuklarda antibiyotik profilaksisinin OKB belirtilerinin tekrarlaması veya alevlenmesini azaltacağı düşünülebilirse de yapılan bir çalışma bunu doğrulamamıştır (Tot vd., 2002: 539).

Nörogörüntüleme

OKB'nin etyopatogenezi açıklamaya yönelik nörogörüntüleme çalışmaları yapısal (BBT, MRG) ve fonksiyonel (SPECT, PET) olmak üzere iki grupta ele alınabilir.

Venrikül, kaudat nükleus hacimlerinin kontrollerden daha küçük ya da daha büyük olduğunu veya farklılık bulunmadığını ileri süren BBT ve MRG çalışmaları mevcuttur (Giedd vd., 2000: 281). Bazı çalışmalarda da bilateral orbital korteks ve amigdala hacimlerinde azalma, anterior singulat hacimlerinde artma saptanmıştır (Szeszko vd., 1999: 913).

Magnetik rezonans spektroskopisi (MRS), aminoasitler, kolin, kreatinin, glutamat ve N-asetil aspartat (NAA) gibi bazı moleküllerin konsantrasyonlarını beyin dokusunda invivo ölçebilen bir tekniktir (Eşel, 2000: 49). MRS çalışmalarında striatumda düşük

NAA, medial talamik bölgede yüksek kolin konsantrasyonları bulunmuş, NAA azalmasının striatumda nöronal yoğunluğun azalmasını, kolin artışının ise myelinizasyondaki anormalliği yansıtabileceği ileri sürülmüştür (Smith vd., 2003: 1399).

Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarından elde edilen sonuçlar, yapısal tekniklere oranla çok daha tutarlıdır. Bir çok SPECT ve PET çalışmasında orbital frontal korteks, başta kaudat nükleus olmak üzere bazal ganglionlar ve talamusta kan akımı ve metabolik aktivitede artış olduğu ve bu artışların başarılı ilaç ya da davranışçı terapilerden sonra azaldığı gösterilmiştir (Saxena vd., 2002: 250).

2.1.6. OKB Ek Tanısı

OKB hastalarının yarısından fazlasına başka bir ruhsal bozukluk eşlik etmektedir (Pigott vd., 1994: 15). Majör depresyon en sık görülenidir (10,84,85). Majör depresyonun ek tanı ihtimali hastanın değerlendirildiği sırada %30, yaşam boyu %70 kadardır. Yaşam boyu diğer anksiyete bozuklukları ek tanısı %40-60'dır (Pigott vd., 1994: 15).

En çok eşlik eden anksiyete bozuklukları sosyal fobi (% 15-30), özgül fobi (% 17-27) ve panik bozukluğu (% 10-15) dur (Diniz vd., 2004: 22). Bunlardan başka distimik bozukluk (%20- 26), vücut dismorfik bozukluğu (%20), dürtü kontrol bozuklukları (% 19), Tourette's sendromu ve diğer tik bozuklukları (%7-19), alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı (%14), yaygın anksiyete bozukluğu (%9-12), yeme bozuklukları (%11), bipolar bozukluk (%3- 10), şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (%3-6) ve hipokondriyazis (%1-4) de OKB ile birliktelik gösterebilmektedir (Tükel vd., 2002: 204).

Hastaların %50-75'i aynı zamanda en az bir kişilik bozukluğu tanı kriterlerini de karşılamaktadır (Baer vd., 1990: 826). En sık görülenler çekingen, bağımlı, pasif-agresif ve histriyonik kişilik bozukluklarıdır (Pigott vd., 1994:16). Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ek tanısı bazı çalışmalarda yüksek, bazılarında ise oldukça düşük bulunmuştur. OKB'de A (paranoid, şizoid ve şizotipal) ve B kümesine (histriyonik, narsisistik, sınır ve antisosyal) göre C kümesi kişilik bozuklukları (çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif ve pasif agresif) daha fazla görülmektedir (Bejerot vd., 1998: 398).

2.1.7. OKB Ayırıcı Tanısı

Beyin tümörleri, kafa travmaları, Sydenham koresi, Huntington hastalığı, bazal ganglionları etkileyen vasküler ve anoksik olaylar, postensefalitik parkinsonizm, bazı metabolik ve toksik durumlar obsesif kompulsif semptomlara neden olabilmektedir. Bu nedenle şikayetlerin özellikle 40 yaşından sonra ve akut başlaması halinde nörolojik patolojiler araştırılmalıdır (Pigott vd., 1994:18).

Diğer ruhsal bozuklukların belirtileri zaman zaman obsesyon ve kompulsiyonlarla karışabileceği gibi, bu bozukluklara ikincil obsesif kompulsif semptomlar da gelişebilmektedir. Majör depresyondaki ruminatif düşünceler depresif duyguduruma uygundur, ego-distonik değildir ve depresif epizodun öncesinde bulunmamaktadır (Pigott vd., 1994:18). Yaygın anksiyete bozukluğundaki endişeler obsesyonlara göre daha gerçekçidir ve gerçek yaşam koşulları ile ilgili aşırı kaygılar şeklindedir. Buna karşın obsesyonların içeriği genellikle gerçek yaşam sorunlarını kapsamaz ve uygunsuz olarak yaşanır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1996: 563). Bunun yanında yaygın anksiyete bozukluğunda hastalar genellikle ritüeller geliştirmez. OKB hasarında sıklıkla rastlanan panik ataklar, panik bozukluğunun aksine spontan değildir, geceleri görülmez ve kontamine bir yere dokunmak gibi durumlar sonrasında obsesif korkulara ikincil olarak meydana gelmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1992: 9). Posttravmatik stres bozukluğunda ısrarlı düşünceler ve rekürren görüntüler görülebilse de, öyküde ruhsal travmaya neden olan yaşam olayı söz konusudur (Pigott vd., 1994:19). Özgül ve sosyal fobide korku ve kaçınma davranışları özellikle dış bir nesne ya da ortamla ilgilidir. Ayrıca OKB’de duruma özel korkular olabilirse de genellikle endişe ile birlikte şüphe ve tereddüt vardır. Örneğin, fobik kaçınma anksiyeteyi azaltmada etkiliyken, OKB’de kötü ortamdaki başarıyla kaçınıp kaçınılamadığından emin olunamaz (Tükel, 2000: 100).

Vücut dismorfik bozukluğunda kişinin ilgi ve uğraşısı bedeninin dış görünüşüyle ilgilidir ve zihinsel uğraşılar genellikle anlamsız ya da saçma olarak görülmez (Tükel, 2000: 100). Temel semptomu AIDS, kanser gibi ciddi bir hastalığa yakalanacağı veya yakalandığı kaygısı olan hipokondriyazisi OKB’den ayırmak kolay olmayabilir. Hastanın sağlığıyla ilgili düşüncelere direnmeye çalışması, başka obsesyon ve kompulsiyonların da bulunması

OKB'yi düşündürür. Hipokondriyak kişilerde düşüncenin mantıksızlığı konusunda zayıf içgörü vardır (Pigott vd., 1994: 25). Her iki bozukluk da OKB spektrumu içinde değerlendirilmektedir.

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda sürekli üzerinde durulan düşünceler sanrısallıkta olmalarıyla, Tourette's sendromunda görülen tikler amaçsız ve istemsiz oluşları, genel olarak korkuyla ya da gelecekteki bazı olayların önlenmesi ile bağlantılı olmamalarıyla obsesyon ve kompulsiyonlardan ayrılır (Tükel, 2000: 101).

Yemek yeme (yeme bozukluklarında), cinsel davranış (parafililerde), kumar oynama (patolojik kumar oynamada), ya da madde kullanımı (alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımında) gibi bazı eylemler, daha çok haz alındığı için yapıldığından kompulsiyon olarak tanımlanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1996: 564).

OKB'de yiyeceklerin kontaminasyonu ile ilişkili korkulara bağlı olarak ciddi kilo kaybı, anoreksiya nervozada da obsesif özellikler bulunabilir. Ancak anoreksiya nervozalı hastalar beden imgesi ile aşırı uğraş içindedir ve vücut kilolarına dair içgörülerini yoktur. OKB hastaları ise durumun garipliğini sıklıkla kabul ederler (Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, 2003: 356).

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda obsesyon ve kompulsiyonlar yoktur. Kişinin davranışları benliğe uyumlu doğada olup, kişi başkalarının da kendi standart veya arzularına uymasını ister (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1996: 564).

2.1.8. OKB'nin Klinik Seyri

Olguların yaklaşık %30'unda akut, %70'inde sinsi başlangıç; %27'sinde epizodik, geri kalanında süregelen seyir söz konusudur (Fontanelle vd., 2003: 130). Belirtilerin başlamasıyla hastaların bir psikiyatriste başvurmaları arasında ortalama 5-10 yıl gibi uzun bir süre geçebilmektedir (Tükel, 2000: 102). Epizodik seyirli olanlarda duygudurum bozukluklarının aile öyküsü, bipolar bozukluk ve panik bozukluğu ek tanısı daha sıktır (Perugi vd., 1998: 240).

Uzun süreli izlemlerden elde edilen sonuçlara göre yeterli doz ve sürede tedavi alanların %11-22'si tam, %48-53'ü kısmi düzelme gösterirken, %10'nunda semptomlar giderek kötüleşmektedir. Kalan hastalarda minimal bir düzelme vardır veya kliniğinde herhangi bir değişiklik olmamaktadır. Düzelme genellikle ilk iki yıl içinde gözlenmektedir. Tedavi edilmeyenlerin %80'ninde 40 yıl sonra dahi subklinik-klinik belirtiler devam etmektedir (Skoog ve Skoog 1999: 121).

Hastalığın erken yaşlarda başlamasının, majör depresyon ve şizotipal kişilik bozukluğu ek tanısının gidişatı olumsuz etkilediğini bildiren çalışmaların yanı sıra, bunların seyri etkilemediğini ileri süren çalışmalar da vardır (Skoog ve Skoog 1999: 121).

2.1.9. OKB Tedavisi

Son 20 yılda OKB'nin tedavisinde önemli gelişmeler olmuştur. Klomipramin, SSGİ gibi ilaçlarla bilişsel davranışçı terapilerin etkinliğinin kanıtlanması, dirençli olgularda güçlendirme ve diğer tedavi stratejilerinin geliştirilmesi bu gelişmelerin en önemlileridir. Günümüzde OKB tedavisinde en sık başvurulanan yöntem ilaç tedavisi, bilişsel davranışçı terapiler ve bu ikisinin birlikte yürütülmesidir.

İlaç Tedavisi

OKB'nin tedavisinde prototip ilaç olan klomipraminin etkisi bir çok çalışmada ortaya konmuştur (Pato, 1988: 1523). Antiobsesyonel etkisi onun serotonin geri alımını bloke edici özelliğine bağlanmaktadır. Etkili en düşük dozu 100 mg/gün, maksimum dozu ise 300 mg/gündür (Denys, 2002: 110).

Etkinliklerinin plasebodan üstün ve klomipramine benzer bulunması ve daha olumlu yan etki profilleri nedeniyle son yıllarda SSGİ'ler ilk seçenek haline gelmiştir. SSGİ'lerinin etkili en küçük dozları fluvoksamin, fluoksetin, paroksetin, sertralin ve sitalopram için sırasıyla 100 mg/gün, 40 mg/gün, 40 mg/gün, 50 mg/gün ve 20 mg/gündür (Denys, 2002: 111).

OKB hastalarının ancak %40-60 kadarında SGI (serotonin geri alım inhibitörü)'lere anlamlı klinik yanıt alınabilmektedir. Bu oran depresyona göre düşüktür. Terapötik etkiler depresyonda 4-6 hafta, OKB'de 8-12 hafta içinde başlayabilmektedir. Dolayısıyla OKB'de bir SGI'nin etkili olmadığına 10-12 haftadan önce karar vermemek gerekir. Yine OKB'de depresyona göre daha yüksek dozda ilaç kullanmak gerekmekte, ilaç kesiminden sonra relaps olasılığı da daha yüksek görülmektedir. Bütün bunların yanında SSGİ'lerine yanıt veren hastalarda triptofan depresyonunun depresif belirtileri kötüleştirirken, OKB belirtilerini kötüleştirmemesi de ilaçların OKB'de depresyondan farklı bir mekanizmaya sahip olduğunu düşündürmektedir (Micallef, 2001: 194).

SGİ ile iyileşme görüldükten sonra, ilaç kesimini takiben ortaya çıkan yüksek oranda nüks nedeniyle, tedavinin etkili dozda 1-2 yıl gibi uzun bir süre sürdürülmesi gerekmektedir (Tükel, 2004: 117).

Bilişsel-Davranışçı Tedaviler

Bilişsel-davranışçı tedavide (BDT) ilk yapılacak iş, hasta ve yakınlarını OKB ve tedavisi konusunda bilgilendirmektir. Böyle bir başlangıç hem hastanın kaygı ve suçluluğunu azaltacak, hem de tedaviye uyum ve motivasyonunu arttıracaktır (Sungur, 2004: 175).

OKB'nin bilişsel terapisinde başlıca hedef, hastanın düşüncelerindeki bilişsel hataların belirlenip, bunların yaşanılan durumla daha gerçekçi, daha dengeli olabilecek düşüncelerle değiştirilmesidir (Sayılğan, 1998: 74).

Davranışçı tedavide hastalığın devamında rol oynayan koşullanmanın kırılması amaçlanmaktadır. En çok uygulanan ve en etkin olan davranışçı teknik maruz bırakma (alıştırma, exposure) ve tepki önleme (response prevention) dir. Bu yöntemlerde belirli bir program içerisinde hastanın yapmaktan kaçındığı şeyleri yapması sağlanmakta (alıştırma), diğer taraftan da kişinin yapmak zorunda hissettiği kompulsiyonları önlenmekte (tepki önleme) dir (Tükel, 2000: 100). Sistemik duyarsızlaştırma, katılımcı model oluşturma, imgelemde üstüne gitme (imgelemde alıştırma), düşünceyi durdurma, ters niyetlenme kullanılan diğer tekniklerdir (Aslan ve Ünal, 1995: 141).

Yapılan açık uçlu ve kontrollü çalışmalarda gerek tek başına, gerekse ilaç tedavisiyle birlikte uygulandığında bilişsel-davranışçı tedavilerin etkisi kanıtlanmıştır (Lindsay vd., 1997: 138). İlaç tedavisiyle birlikte yürütüldüğünde başarı oranı daha da artmaktadır. Bilişsel- davranışçı tedavilerin farmakoterapiye başlandıktan bir müddet sonra uygulamaya geçirilmesi önerilmektedir (Simpson vd., 1999: 589).

Sadece obsesyonları olan ya da kompulsiyonları zihinsel aktivitelerden oluşan hastalar ile zayıf içgörüsü bulunanlarda davranışçı tedavilerin uygulanması zordur. Hastanın motivasyonu yetersizse, OKB'ye ağır depresyon ya da şizotipal kişilik bozukluğu eşlik ediyorsa tedavide başarı oranı azalır (Şahin 1997: 500).

Dirençli Olgularda Tedavi Yaklaşımı

Bir SGİ' ne yanıt alınmadığında başka bir SGİ' ne geçmek yararlı olabilmektedir (Hollander vd., 2002: 28). Ancak davranışçı tedaviyle birlikte, birisi

klomipramin olmak kaydıyla üç farklı SGI' nin farklı dönemlerde, etkin doz ve yeterli sürede kullanılmasına rağmen yanıt alınamıyorsa dirençli olgudan söz edilebilir. Hastanın dirençli olduğuna karar vermeden önce tanının doğru olup olmadığı, ilacın yeterli doz ve sürede kullanılıp kullanılmadığı ve hastanın tedaviye uyumu gözden geçirilmelidir (Tükel, 2000: 104). Dirençli olgularda tedavi yaklaşımı mevcut tedaviyi güçlendirme (augmentation) ve diğer tedaviler şeklinde sınıflandırılabilir.

Çift kör kontrollü çalışmalar bulunmamakla birlikte, dirençli OKB'de SSGİ ve klomipramin kombinasyonu pratikte sık kullanılmaktadır. SGI'lere haloperidol, risperidon, ketiyapin ve pindolol eklemesinin başarı oranını arttırdığı plasebo kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir (Atmaca vd., 2002: 119). Risperidonun etkili olduğunu bildiren açık uçlu çalışmalar da vardır (Pfanner vd., 2000: 301). Antipsikotik ile güçlendirme tik bozukluklarının eşlik ettiği klinik tablolarda belirginleşmektedir. Tedaviye olanzapin ve lityum ilavesinin faydalı olduğu bazı açık uçlu çalışmalar ve vaka bildirilerinde ileri sürülmekle birlikte, plasebo kontrollü çalışmalar bunu doğrulamamıştır. Gabapentin, buspiron, triptofan, trazodon, tiroid hormonlarının etkisi ise henüz açık değil ve tartışmalıdır (Hollander vd., 2002: 28).

Güçlendirme tedavilerine yanıt alınamayan hastalarda intravenöz klomipramin, elektrokonvülsif tedavi, transkranial magnetik stimülasyon, derin beyin stimülasyonu, cerrahi singulotomi tedavi seçenekleri olabilir (Gabriel vd., 2003: 282).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI

KONULAN ÇOCUKLARDA OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

3.1. YÖNTEM

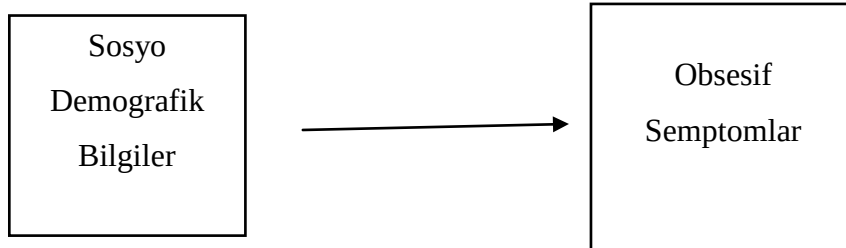
3.1.1. Araştırmanın Önemi

OKB, bireylerin gündelik hayatlarını devam ettirmelerinde, mesleklerini icra etmelerinde hatta insani ilişkilerinde de etkili olabilmektedir. İnsanlarda, somut olarak hayatlarında yaşadıkları olaylar nedeniyle OKB semptomları görülse de daha önce yani çocukluk dönemlerinde yaşadıkları travmalara bağlı olarak da OKB semptomları görülebilmektedir. Bu bağlamda OKB'nin insan hayatını idame ettirmesinde etkisinin DEHB tanısı koyulan çocuklarda görülmesi önemli negatif etkilere sebep olabilmektedir. Bu bakımdan araştırma DEHB tanısı koyulan çocuklarda hangi OKB semptomlarının görülmesini tespit etmek ve OKB düzeylerini belirlemek açısından önemlidir.

3.1.2. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, Mersin İli Özel bir muayene de tanısı konmuş çocukların obsesif belirtilerinin tarandığı kesitsel bir araştırmadır. Bu inceleme için çalışma aracı olarak “semptom tarama listesi” kullanılmıştır.

Araştırmanın modeli aşağıdaki belirtildiği şekilde gösterilebilir;



3.1.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Mersin ilindeki DEHB tanısı almış çocuklardır. Araştırmanın örneklemini ise Mersin ilindeki özel psikiyatr kliniğinde tanısı konmuş çocuklardır.

3.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma veri toplamak için kullanılan semptom tarama listesi ile verilerin elde edildiği Mersin İli Özel Psikiyatr Kliniğinde tanısı konmuş çocukların durumları ile sınırlıdır. Veri toplama aracı olarak çocukların ebeveynlerinden telefonla alınan bilgiler doğrultusunda yapılan analizlerin, ebeveynlerinin çocukları için verdikleri cevapların doğruluğu ile sınırlıdır.

3.1.5. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini içeren bölüm ile Türkiye de geçerlilik ve güvenirliliği yapılmış Yale Brown OKB Ölçeği ve DSM-4 tanı kriterleri kitabından yararlanılan obsesif semptom tarama listesi kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından çocukların ailelerine telefonla ulaşılmış, anket verileri ve sosyo-demografik bilgiler toplanmıştır. Bu listede ki değişkenler; yaş ve cinsiyet ile dikkat eksikliği tanısı, hiperaktivite tanısı, HMR tanısı ve dürtüsellik olduğuna dair ailelerden onay alınarak oluşturulmuş bilgi formudur.

Yale-Brown OKB Ölçeğinden yararlanarak hazırlanmış obsesif semptom tarama listesi, DEHB Tanısı konmuş çocuklara ebeveynleri aracılığı ile uygulanmıştır. Yale Brown OKB Ölçeği, Türkçe güvenirlilik ve geçerlilik çalışmasını Dr. Karamustafaloğlu'nun yaptığı ve yetişkin hastaların durumuyla ilgili kesin olmamakla beraber terapistte yol gösterici niteliğindedir. Klinisyen gözetiminde yapılan semptom tarama listesinde ki hesaplama da, 1(en az) ile 4 (en fazla) arasında derecelendirilen, toplamda 10 unsur bulunmaktadır. Veriler, Mersin'de bulunan Özel Psikiyatr Kliniğinde yapılan tarama sonucu DEHB tanısı almış 97 çocuğun ailelerine ulaşılması sonucunda toplanmıştır.

3.1.6. Verilerin Analizi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş, normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin analizinde independent sample t testi veya tek yönlü varyans

analizi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin analizinde ise Mann whitney U veya Kruskall Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ise ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama±standart sapma, medyan (min-max), n ve yüzde olarak ifade edilmiştir. p değerinin <0,05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Veriler SPSS 22.0 programına girilerek analiz edilmiştir.

Verilerin geçerlilik güvenilirliğine ilişkin yapılan Cronbach's Alpha Katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur. Bu bağlamda araştırmada kullanılacak olan ölçeğin yüksek güvenilir olduğu ve analize uygun verilerin elde edildiği görülmektedir.

Ölçeğin yapılan faktör analizinde maddelerin 3 faktörde toplandığı gözlenmektedir. Her bir faktördeki sorular toplanarak o alt ölçeğe ait toplam puan elde edilmiştir. En son olarak da tüm maddelerin puanları toplanarak bir toplam obsesyon skalası-ölçeği elde edilmiştir (min:4, max:40 puan). Bu toplam scale soru sayısında bölünerek kategorik bir sınıflama da elde edildi ve bu sınıflamada "Toplamda obsesyon durumu"; yok (1 puan), düşük (2 puan) ve yüksek (3+4 puan) olarak gruplandırılmıştır.

Faktör analiz sonuçları maddelerin faktör yükleri

	Faktör		
	1	2	3
• Mikroplardan korku	,855		
• Hastalık kapma ya da hasta olma korkusu	,863		
• Zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu	,650		
• Kir korkusu	,821		
• Hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu		,670	
• Bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu		,792	
• Birini istemeden yaralama korkusu		,651	
• İşlerin mükemmel olmayacağı korkusu		,692	
• İstemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu			,681
• Kural dışı şeyler yapma korkusu			,858

Faktör analizi sonucunda maddelerin 3 faktör altında toplandığı saptanmıştır. Bu faktörler (alt ölçekler- semptom grupları) olarak kavramsallaştırılmıştır: Alt ölçek1- Semptom grubu1; Fiziksel dış faktörlere yönelik korku, Alt ölçek2- Semptom grubu2; Kendine dair korku, Alt ölçek3- Semptom grubu3; Toplumsal ve ahlaki kurallara dair korku olarak isimlendirilmiştir.

Faktör kavramları Alt ölçekler	Madde No ve İfade
Semptom grubu1- Faktör1 Fiziksel dış faktörlere yönelik korku	OKB1 Mikroplardan korku OKB2 Hastalık kapma ya da hasta olma korkusu OKB3 Zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu OKB4 Kir korkusu
Semptom grubu2- Faktör2 Kendine dair korku	OKB5 Hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu OKB6 Bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu (örneğin kapıyı kapatmayı) OKB7 Birini istemeden yaralama korkusu OKB10 İşlerin mükemmel olmayacağı korkusu
Semptom grubu3- Faktör3 Toplumsal ve ahlaki kurallara dair korku	OKB8 İstemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu OKB9 Kural dışı şeyler yapma korkusu

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR VE YORUMLAR

4.1. Bulgular

Tablo 1. de katılımcıların demografik ve tanı gruplarına göre dağılımı belirtilmiştir. Katılımcıların %12,4'ü 3-4 yaş grubunda, %33 5-6 yaş grubunda, %21 7-8 Yaş grubunda, %18,6 9-10 yaş grubunda %14,4 11 ve üzeri yaş grubundadır ve %68,0'i erkek, %32,0 kızdır. Araştırmaya dahil olan katılımcıların dikkat eksikliği tanısı konma durumuna göre dağılımına bakıldığında katılımcıların tümüne dikkat eksikliği tanısı konduğu, %76,3'üne hiperaktivite tanısı konduğu, %15,5'ine hafif zeka geriliği (HMR) tanısı, %13,4'ine dürtüsellik tanısı konduğu görülmektedir. (tablo 1)

Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Tanı Gruplarına Göre Dağılımı

		n(%)
YAŞ GRUPLARI	3-4 yaş	12(12,4)
	5-6 yaş	32(33,0)
	7-8 yaş	21(21,6)
	9-10 yaş	18(18,6)
	11+ yaş	14(14,4)
CİNSİYET	Erkek	66(68,0)
	Kız	31(32,0)
DİKKAT EKSİKLİĞİ	Yok	0(0,0)
	Var	97(100,0)
HİPERAKTİVİTE	Yok	23(23,7)
	Var	74(76,3)
HMR	Yok	82(84,5)
	Var	15(15,5)
DÜRTÜSELLİK	Yok	84(86,6)
	Var	13(13,4)

Tablo 2. de obsesif semptomların derecelerine göre dağılımı belirtilmiştir. Maddelere verilen yanıtlarda “orta (3 puan) ve çok fazla (4 puan)” birleştirilerek semptom pozitif olarak değerlendirilmiştir. Bu kodlamaya göre; her bir obsesif semptomun (10 adet) görülme sıklığı; mikropardan korku %19,6, hastalık kapma ya da

hasta olma korkusu %21,6, zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu %27,8, kir korkusu %24,7, bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu %21,6, birini istemeden yaralama korkusu %20,6, istemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu %35,0, yanlış yapma korkusu 33,0, işlerin mükemmel olmayacağı korkusu %26,8, kural dışı şeyler yapma korkusu %21,7 olarak saptanmıştır (tablo 2).

Tablo 2. Obsesif Semptomlarının Derecelerine Göre Dağılım

Maddeler	Hiç yok	Çok az	Orta	Çok fazla
Mikroplardan korku	%43,30	%37,10	%15,50	%4,10
Hastalık kapma ya da hasta olma korkusu	%49,48	%28,88	%17,50	%4,10
Zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu	%19,60	%52,60	%19,60	%8,2
Kir korkusu	%44,30	%30,90	%17,50	%7,20
Hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu	%41,20	%25,80	%25,80	%7,20
Bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu	%42,30	%36,10	%14,40	%7,20
Birine yaralama korkusu(geçmişte ya da gelecekte)	%41,20	%38,10	%10,30	%10,30
Kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu	%26,80	%38,10	%27,80	%7,20
Kural dışı şeyler yapma korkusu	%45,40	%33,00	%16,50	%5,20
İşlerin mükemmel olmayacağı korkusu	%35,10	%38,10	%16,50	%10,30

Tablo 3. te obsesif belirtiler alt semptom grupları – alt grup ölçeklerinin derecelerine göre dağılımı belirtilmiştir. Yapılan faktör analizine göre alt ölçek dağılımı incelendiğinde Fiziksel dış faktörlere yönelik korku görülme sıklığı %20,6, Kendine dair korku görülme sıklığı %20,6, Toplumsal ve ahlaki kurallara dair korku görülme sıklığı %63 olarak saptanmıştır. (tablo 3).

Tablo 3. Obsesif Belirtiler Alt Semptom Grupları – Alt Ölçeklerinin Derecelerine Göre Dağılım

		n	%
Fiziksel dış faktörlere yönelik korku	Hiç yok	27	27,8
	Çok az	50	51,6
	Orta ve çok fazla	20	20,6
Kendine dair korku	Hiç yok	29	29,9
	Çok az	48	49,5
	Orta ve çok fazla	20	20,6
Toplumsal ve ahlaki kurallara dair korku	Hiç yok	9	9,3
	Çok az	26	26,8
	Orta ve çok fazla	62	63,0

Tablo 4. te katılımcıların cinsiyetlerine göre tanımlayıcı özellikleri belirtilmiştir. Katılımcıların dürtüsellik, HMR, Hiperaktivite ve Dikkat eksikliği tanılarında cinsiyetin farklılaştırıcı rolünün tespit etmek için yapılan analizler neticesinde, katılımcıların cinsiyetlerinin hiperaktivite, HMR, dürtüsellik, ve dikkat eksikliği tanılarında farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). (tablo 4)

Tablo 4. Cinsiyete Göre Tanımlayıcı Özellikleri

		Cinsiyet		p
		Erkek n(%)	Kız n(%)	
Yaş Grupları	3-4 yaş	8(12,1)	4(12,9)	0,294
	5-6 yaş	21(31,8)	11(35,5)	
	7-8 yaş	12(18,2)	9(29,0)	
	9-10 yaş	16(24,2)	2(6,5)	
	11+ yaş	9(13,6)	5(16,1)	
Dikkat Eksikliği	Yok	0(0,0)	0(0,0)	-
	Var	66(100,0)	31(100,0)	
Hiperaktivite	Yok	12(18,2)	11(35,5)	0,062
	Var	54(81,8)	20(64,5)	
HMR	Yok	53(80,3)	29(93,5)	0,092
	Var	13(19,7)	2(6,5)	
Dürtüsellik	Yok	56(84,8)	28(90,3)	0,461
	Var	10(15,2)	3(9,7)	

Tablo 5. te hiperaktivite tanısı alan katılımcıların diğer tanımlara göre dağılımı belirtilmiştir. Katılımcıların HMR, dürtüsellik ve dikkat eksikliği tanımlarında hiperaktivite tanısı almalarının farklılaştırıcı rolünün tespit etmek için yapılan analizler neticesinde, katılımcıların hiperaktivite tanısı alması, dürtüsellik tanısı almasında farklılık yarattığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu sonuç bağlamında HMR tanısı alan katılımcılarda daha fazla dürtüsellik tanısı aldıkları sonucu ortaya çıkmıştır. (tablo 5)

Tablo 5. Hiperaktivite Tanısına Göre Diğer Tanıların Dağılımı

		Hiperaktivite		p
		Yok n(%)	Var n(%)	
Dikkat Eksikliği	Yok	0(0,0)	0(0,0)	-
	Var	23(100,0)	74(100,0)	
HMR	Yok	22(95,7)	60(81,1)	0,091
	Var	1(4,3)	14(18,9)	
Dürtüsellik	Yok	23(100,0)	61(82,4)	0,031
	Var	0(0,0)	13(17,6)	

Tablo 6. da HMR tanısına göre diğer tanıların dağılımı belirtilmiştir. Katılımcıların dürtüsellik, hiperaktivite ve dikkat eksikliği tanılarında HMR tanısı almalarının farklılaştırıcı rolünün tespit etmek için yapılan analizler neticesinde, katılımcıların HMR tanısı almaları dürtüsellik, hiperaktivite ve dikkat eksikliği tanılarında farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). (tablo 6).

Tablo 6. HMR Tanısına Göre Diğer Tanıların Dağılımı

		HMR		p
		Yok n(%)	Var n(%)	
Dikkat Eksikliği	Yok	0(0,0)	0(0,0)	-
	Var	82(100,0)	15(100,0)	
Hiperaktivite	Yok	22(26,8)	1(6,7)	0,091
	Var	60(73,2)	14(93,3)	
Dürtüsellik	Yok	69(84,1)	15(100,0)	0,097
	Var	13(15,9)	0(0,0)	

Tablo 7. de dürtüsellik tanısı konulma durumuna göre diğer tanıların farklılık analizleri sonucu belirtilmiştir. Katılımcıların HMR, Hiperaktivite ve Dikkat eksikliği tanılarında dürtüsellik tanısı almalarının farklılaştırıcı rolünün tespit etmek için yapılan analizler neticesinde, katılımcıların dürtüsellik tanısı alması, Hiperaktivite tanısı almasında farklılık yarattığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu sonuç bağlamında

dürtüsellik tanısı alan katılımcılarda daha fazla hiperaktivite tanısı aldıkları sonucu ortaya çıkmıştır (tablo 7).

Tablo 7. Dürtüsellik Tanısı Konulma Durumuna Göre Farklılık Analizi

		Dürtüsellik		P
		Yok n(%)	Var n(%)	
Dikkat Eksikliği	Yok	0(0,0)	0(0,0)	-
	Var	84(100,0)	13(100,0)	
Hiperaktivite	Yok	23(27,4)	0(0,0)	0,031
	Var	61(72,6)	13(100,0)	
HMR	Yok	69(82,1)	13(100,0)	0,097
	Var	15(17,9)	0(0,0)	

Tablo 8. de obsesif semptom toplam puanı ile alt ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi değerleri belirtilmiştir. Obsesif belirtiler tarama testi alt semptom gruplarının birbirleri ile ilişkisi korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz neticesinde alt semptom gruplarının birbirleri ile ilişkilerin anlamlı fakat düşük olduğu izlenmektedir. Toplam puan ile aralarındaki ilişki ise yüksek düzeydedir. (tablo 8).

Tablo 8. Obsesif Semptom Toplam Puanı ile Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

	OKB semptom grubu 2 Kendine dair korku r(p)	OKB semptom grubu 3 Toplumsal ve ahlaki kurallara dair korku r(p)	OKB toplam r(p)
OKB semptom grubu 1 Fiziksel dış faktörlere yönelik korku	0,38(0,001)	0,41(0,0001)	0,81(0,0001)
OKB semptom grubu 2 Kendine dair korku	-	0,32(0,002)	0,79(0,001)
OKB semptom grubu 3 Toplumsal ve ahlaki kurallara dair korku	-	-	0,65(0,001)

r: korelasyon katsayısı

Tablo 9. da toplam ölçek ve alt ölçek puan dağılımlarının demografik özelliklere ve semptom varlığına göre dağılımı belirtilmiştir. Obsesif belirtiler tarama listesindeki gruplara ilişkin katılımcıların semptomlarına dair grup düzeylerine bakıldığında, yaş grupları arasında OKB Semptom Grubu 1 (Fiziksel dış faktörlere yönelik korku) ve OKB Semptom Grubu 2 (Kendine dair korku) düzeyi puanı en yüksek olan yaş grubu 9 yaş ve üstü, OKB Semptom Grubu 3 (Toplumsal ve ahlaki kurallara karşı korku) düzeyi puanı en yüksek olan yaş grubu 3 – 4 yaş aralığıdır.

Obsesif belirtiler tarama listesindeki gruplara ilişkin katılımcıların semptomlarına dair grup düzeylerine bakıldığında, OKB Semptom Grubu 1 (Fiziksel dış faktörlere yönelik korku) puanı en yüksek olan cinsiyet grubu erkek, OKB Semptom Grubu 2 (Kendine dair korku) düzeyi puanı en yüksek olan cinsiyet grubu kız olduğu tespit edilmiş OKB Semptom grubu 3 (Toplumsal ve ahlaki kurallara karşı korku) puan düzeyleri erkek ve kız katılımcıların eşit olduğu belirlenmiştir.

Obsesif belirtiler tarama listesindeki gruplara ilişkin katılımcıların semptomlarına dair grup düzeylerine bakıldığında, OKB Semptom Grubu 1 ve 2 puanı

Hiperaktivite tanısı koyulanlarda tanı konulmamışlara göre daha yüksek, OKB Semptom grubu 3 (Toplumsal ve ahlaki kurallara karşı korku) puan düzeyleri hiperaktivite tanısı koyulan ve koyulmayan katılımcılarda eşit olduğu belirlenmiştir.

Obsesif belirtiler tarama listesindeki gruplara ilişkin katılımcıların semptomlarına dair grup düzeylerine bakıldığında, OKB Semptom Grubu 1 (Fiziksel dış faktörlere yönelik korku) puanı HMR tanısı konulanlarda eşit, OKB Semptom grubu 2 (Kendine dair korku) HMR tanısı koyulanlarda konulmayanlara göre yüksek ve OKB Semptom grubu 2 (Kendine dair korku) puan düzeyleri HMR tanısı konulmayanlarda, tanı konulan katılımcılara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. (tablo 9).

Tablo 9. Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puan Dağılımlarının Demografik Özelliklere ve Semptom Varlığına Göre Dağılımı

		Puan Ortalama±SS			
		Fiziksel dış faktörlere yönelik korku	Kendine dair korku	Toplumsal ve ahlaki kurallara dair korku	OKB toplam puan
Yaş Grupları	3-4 yaş	6,5±2,1 5,5(5,0-12,0)	6,42±1,78 6,00(5,00-11,00)	5,4±1,2 5,00(4,00-7,00)	18,3±4,0 18,0(14,0-30,0)
	5-6 yaş	7,7±2,6 7,0(4,0-15,0)	7,5±2,4 7,5(4,0-13,0)	5,2±1,4 5,5(2,0-7,0)	20,4±5,1 19,0(15,0-34,0)
	7-8 yaş	7,2±2,4 7,0(4,0-12,0)	6,8±2,5 6,0(4,0-13,0)	4,8±1,6 5,0(2,0-8,0)	18,8±4,8 18,0(10,0-29,0)
	9-10 yaş	8,2±2,8 7,5(4,0-13,0)	8,6±3,4 8,5(4,00-14,0)	4,8±1,9 4,5(2,0-8,0)	21,6±6,5 19,5(13,0-33,0)
	11+ yaş	7,6±3,5 7,5(4,0-16,0)	8,3±3,1 8,0(5,0-13,0)	4,9±1,4 5,0(2,0-8,0)	20,8±5,6 19,5(12,0-31,0)
	P	0,486	0,126	0,736	0,368
Cinsiyet	Erkek	7,4±2,6 7,0(4,0-15,0)	7,6±2,7 7,0(4,0-13,0)	5,0±1,5 5,0(2,0-8,0)	20,0±5,1 19,0(10,0-34,0)
	Kız	7,8±2,9 7,0(4,0-16,0)	7,4±2,8 7,0(4,0-14,0)	5,0±1,6 5,0(2,0-8,0)	20,3±5,9 18,0(14,0-33,0)

	P	0,449	0,717	1,000	0,856
Hiperaktivite	Yok	7,3±3,1 7,0(4,0-16,0)	7,1±2,7 6,0(4,0-13,0)	5,0±1,9 5,0(2,0-8,0)	19,5±6,4 17,0(10,0-34,0)
	Var	7,6±2,5 7,5(4,0-13,0)	7,7±2,7 7,0(4,0-14,0)	5,0±1,4 5,0(2,0-7,0)	20,3±5,0 19,0(13,0-33,0)
	P	0,702	0,383	0,877	0,515
HMR	Yok	7,5±2,7 7,0(4,0-16,0)	7,5±2,7 7,0(4,0-13,0)	5,0±1,5 5,0(2,0-8,0)	20,1±5,3 19,0(10,0-34,0)
	Var	7,5±2,6 8,0(4,0-12,0)	7,9±3,2 6,0(5,0-14,0)	4,8±1,6 5,0(2,0-7,0)	20,2±5,5 19,0(13,0-33,0)
	P	0,914	0,575	0,586	0,946
Dürtüsellik	Yok	7,5±2,8 7,0(4,0-16,0)	7,6±2,8 7,0(4,0-14,0)	4,9±1,6 5,0(2,0-8,0)	20,0±5,5 19,0(10,0-34,0)
	Var	7,8±2,0 8,0(5,0-12,0)	7,4±2,6 7,0(4,0-13,0)	5,5±1,1 5,0(4,0-7,0)	20,6±4,1 18,0(17,0-29,0)
	P	0,738	0,797	0,246	0,717
Toplam		7,5±2,7 7(4-16)	7,6±2,7 7(4-14)	5,0±1,5 5(2-8)	20,1±5,3 19(10-34)

Tablo 10. da obsesif semptom varlığının cinsiyetlere göre dağılımı belirtilmiştir. Bu verilere göre;

Erkek çocuklarda Mikroplardan korku semptomu olanların oranı erkeklerde %18,2 iken kızlarda %22,6'dır ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,740$).

Erkek çocuklarda hastalık kapma ve hastalıktan korkma semptomu olanların oranı erkeklerde %19,7 iken kızlarda %25,8'dir ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,496$).

Erkek çocuklarda Zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu semptomu olanların oranı erkeklerde %30,3 iken kızlarda %19,4'tür ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,256$).

Erkek çocuklarda kir korkusu semptomu olanların oranı erkeklerde %18,2 iken kızlarda %29'dır ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,226$).

Erkek çocuklarda Hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu semptomu olanların oranı erkeklerde %36,4 iken kızlarda %25,8'dir ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,302$).

Erkek çocuklarda Bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu (örneğin kapıyı kapatmayı) semptomu olanların oranı erkeklerde %22,7 iken kızlarda %16,1'dir ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,454$).

Erkek çocuklarda Birini istemeden yaralama korkusu semptomu olanların oranı erkeklerde %22,7 iken kızlarda %16,1'dir ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,454$).

Erkek çocuklarda İşlerin mükemmel olmayacağı korkusu semptomu olanların oranı erkeklerde %21,2 iken kızlarda %22,6'dir ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,879$).

Erkek çocuklarda İstemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu semptomu olanların oranı erkeklerde %24 iken kızlarda %32,3'tür ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,693$).

Erkek çocuklarda Kural dışı şeyler yapma korkusu semptomu olanların oranı erkeklerde %71,2 iken kızlarda %71'tür ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,980$). (tablo 10).

Tablo 10. Obsesif Semptom Varlığının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Semptom		Cinsiyet		P
		Erkek n(%)	Kız n(%)	
Mikroplardan korku (OKB1)	Yok	54(81,8)	24(77,4)	0,611
	Var	12(18,2)	7(22,6)	
Hastalık kapma ya da hasta olma korkusu (OKB2)	Yok	53(80,3)	23(74,2)	0,496
	Var	13(19,7)	8(25,8)	
Zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu (OKB3)	Yok	46(69,7)	25(80,6)	0,256
	Var	20(30,3)	6(19,4)	
Kir korkusu (OKB4)	Yok	54(81,8)	22(71,0)	0,226
	Var	12(18,2)	9(29,0)	
Hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu (OKB5)	Yok	42(63,6)	23(74,2)	0,302
	Var	24(36,4)	8(25,8)	
Bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu (örneğin kapıyı kapatmayı) (OKB6)	Yok	51(77,3)	26(83,9)	0,454
	Var	15(22,7)	5(16,1)	
Birini istemeden yaralama korkusu (OKB7)	Yok	51(77,3)	26(83,9)	0,454
	Var	15(22,7)	5(16,1)	
İşlerin mükemmel olmayacağı korkusu (OKB10)	Yok	52(78,8)	24(77,4)	0,879
	Var	14(21,2)	7(22,6)	
İstemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu (OKB8)	Yok	42(63,6)	21(67,7)	0,693
	Var	24(36,4)	10(32,3)	
Kural dışı şeyler yapma korkusu (OKB9)	Yok	19(28,8)	9(29,0)	0,980
	Var	47(71,2)	22(71,0)	

Yok = (1+2 puan), Var = (3+4 puan)

Tablo 11. de katılımcıların yaş gruplarına göre obsesif semptom yoğunluklarının karşılaştırılmasına dair veriler belirtilmiştir. Yaş grubu 8 ve altında olan çocuklarda ‘mikroplardan korku’ semptomu olanların oranı %10,54 iken yaş grubu 9 ve üstünde olan çocuklar da %28,1 düzeyindedir ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0,137$).

Yaş grubu 8 ve altında olan çocuklarda ‘hastalık kapma ya da hasta olma korku’ semptomu olanların oranı %10,54 iken yaş grubu 9 ve üstünde olan çocuklar da %34,4

düzeyindedir ve aralarında anlamlı bir fark saptanmaktadır ($p=0,033$). Yaş grubu 8 ve altında olan çocuklarda ‘zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu’ semptomu olanların oranı %21,25 iken yaş grubu 9 ve üstünde olan çocuklar da %37,5 düzeyindedir ve aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,095$).

Yaş grubu 8 ve altında olan çocuklarda ‘kir korkusu’ semptomu olanların oranı %18,5 iken yaş grubu 9 ve üstünde olan çocuklar da %28,1 düzeyindedir ve aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,277$). Yaş grubu 8 ve altında olan çocuklarda ‘hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu’ semptomu olanların oranı %29,2 iken yaş grubu 9 ve üstünde olan çocuklar da %40,6 düzeyindedir ve aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,262$).

Yaş grubu 8 ve altında olan çocuklarda ‘bazı şeyleri yapmayı unutma’ korkusu semptomu olanların oranı %9,2 iken yaş grubu 9 ve üstünde olan çocuklar da %43,8 düzeyindedir ve aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,000$). Yaş grubu 8 ve altında olan çocuklarda ‘birini istemeden yaralama korkusu’ semptomu olanların oranı %10,54 iken yaş grubu 9 ve üstünde olan çocuklar da %31,3 düzeyindedir ve aralarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,069$).

Yaş grubu 8 ve altında olan çocuklarda ‘işlerin mükemmel olmayacağı korkusu’ semptomu olanların oranı %16,9 iken yaş grubu 9 ve üstünde olan çocuklar da %31,3 düzeyindedir ve aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,107$).

Yaş grubu 8 ve altında olan çocuklarda ‘istemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu’ semptomu olanların oranı %35,4 iken yaş grubu 9 ve üstünde olan çocuklar da %34,4 düzeyindedir ve aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,922$).

Yaş grubu 8 ve altında olan çocuklarda ‘kural dışı şeyler yapma korkusu’ semptomu olanların oranı %75,4 iken yaş grubu 9 ve üstünde olan çocuklar da %62,5 düzeyindedir ve aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,188$). (tablo 11)

Tablo 11. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Obsesif Semptom Yoğunluklarının Karşılaştırılması

		Yaş grubu				
		<8 yaş		>9 yaş		
		N	%	N	%	
Mikroplardan korku (OKB1)	Yok	55	(84,6)	23	(71,9)	,137
	Var	10	(15,4)	9	(28,1)	
Hastalık kapma ya da hasta olma korkusu (OKB2)	Yok	55	(84,6)	21	(65,6)	,033
	Var	10	(15,4)	11	(34,4)	
Zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu (OKB3)	Yok	51	(78,5)	20	(62,5)	,095
	Var	14	(21,5)	12	(37,5)	
Kir korkusu (OKB4)	Yok	53	(81,5)	23	(71,9)	,277
	Var	12	(18,5)	9	(28,1)	
Hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu (OKB5)	Yok	46	(70,8)	19	(59,4)	,262
	Var	19	(29,2)	13	(40,6)	
Bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu (örneğin kapıyı kapatmayı) (OKB6)	Yok	59	(90,8)	18	(56,3)	,000
	Var	6	(9,2)	14	(43,8)	
Birini istemeden yaralama korkusu (OKB7)	Yok	55	(84,6)	22	(68,8)	,069
	Var	10	(15,4)	10	(31,3)	
İşlerin mükemmel olmayacağı korkusu (OKB10)	Yok	54	(83,1)	22	(68,8)	,107
	Var	11	(16,9)	10	(31,3)	
İstemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu (OKB8)	Yok	42	(64,6)	21	(65,6)	,922
	Var	23	(35,4)	11	(34,4)	
Kural dışı şeyler yapma korkusu (OKB9)	Yok	16	(24,6)	12	(37,5)	,188
	Var	49	(75,4)	20	(62,5)	

Tablo 12. de katılımcıların hiperaktivite tanı alma durumuna göre dağılımına veriler belirtilmiştir. Hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda ‘mikroptan korku’ semptomu oranı %13 iken hiperaktivite tanısı alan çocuklarda bu oran %21,6 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,365$).

Hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda ‘hastalık kapma ya da hasta olma korkusu’ semptomu oranı %17,4 iken hiperaktivite tanısı alan çocuklarda bu oran %23,0 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,570$).

Hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda ‘zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu’ semptomu oranı %26,1 iken hiperaktivite tanısı alan çocuklarda bu oran %27,0 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,929$).

Hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda ‘kir korkusu’ semptomu oranı %13,0 iken hiperaktivite tanısı alan çocuklarda bu oran %24,3 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,251$).

Hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda ‘hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu’ semptomu oranı %26,1 iken hiperaktivite tanısı alan çocuklarda bu oran %35,1 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,420$).

Hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda ‘bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu’ semptomu oranı %13,0 iken hiperaktivite tanısı alan çocuklarda bu oran %23,0 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,304$).

Hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda ‘birini istemeden yaralama korkusu’ semptomu oranı %21,7 iken hiperaktivite tanısı alan çocuklarda bu oran %23,0 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,879$).

Hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda ‘işlerin mükemmel olmayacağı korkusu’ semptomu oranı %26,1 iken hiperaktivite tanısı alan çocuklarda bu oran %20,3 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,554$).

Hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda ‘istemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu’ semptomu oranı %39,1 iken hiperaktivite tanısı alan çocuklarda bu oran %33,8 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,639$).

Hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda ‘kural dışı şeyler yapma korkusu’ semptomu oranı %60,9 iken hiperaktivite tanısı alan çocuklarda bu oran %70,3 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,217$). (tablo 12)

Tablo 12. Hiperaktivite Tanı Alma Durumuna Göre Dağılımı

		Hiperaktivite		P
		Yok n(%)	Var n(%)	
Mikroplardan korku (OKB1)	Yok	20(87,0)	58(78,4)	0,365
	Var	3(13,0)	16(21,6)	
Hastalık kapma ya da hasta olma korkusu (OKB2)	Yok	19(82,6)	57(77,0)	0,570
	Var	4(17,4)	17(23,0)	
Zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu (OKB3)	Yok	17(73,9)	54(73,0)	0,929
	Var	6(26,1)	20(27,0)	
Kir korkusu (OKB4)	Yok	20(87,0)	56(75,7)	0,251
	Var	3(13,0)	18(24,3)	
Hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu (OKB5)	Yok	17(73,9)	48(64,9)	0,420
	Var	6(26,1)	26(35,1)	
Bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu (örneğin kapıyı kapatmayı) (OKB6)	Yok	20(87,0)	57(77,0)	0,304
	Var	3(13,0)	17(23,0)	
Birini istemeden yaralama korkusu (OKB7)	Yok	18(78,3)	59(79,7)	0,879
	Var	5(21,7)	15(20,3)	
İşlerin mükemmel olmayacağı korkusu (OKB10)	Yok	17(73,9)	59(79,7)	0,554
	Var	6(26,1)	15(20,3)	
İstemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu (OKB8)	Yok	14(60,9)	49(66,2)	0,639
	Var	9(39,1)	25(33,8)	
Kural dışı şeyler yapma korkusu (OKB9)	Yok	9(39,1)	19(25,7)	0,214
	Var	14(60,9)	55(74,3)	

Tablo 13. te katılımcıların HMR tanısı konulmalarına göre obsesif semptom yoğunluklarının karşılaştırılmasına dair verilere yer verilmiştir. HMR tanısı almayan çocuklarda ‘mikroptan korku’ semptom oranı %19,5 iken HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %20,0 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,965$).

HMR tanısı almayan çocuklarda ‘hastalık kapma ya da hasta olma korkusu’ semptomu oranı %20,7 iken HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %26,7 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,608$). HMR tanısı almayan çocuklarda ‘zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu’ semptomu oranı %26,8 iken

HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %26,7 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,990$).

HMR tanısı almayan çocuklarda ‘kir korkusu’ semptomu oranı %23,2 iken HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %13,3 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,395$).

HMR tanısı almayan çocuklarda ‘hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu’ semptomu oranı %31,7 iken HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %40,0 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,530$).

HMR tanısı almayan çocuklarda ‘bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu’ semptomu oranı %18,3 iken HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %33,3 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,186$).

HMR tanısı almayan çocuklarda ‘birini istemeden yaralama korkusu’ semptomu oranı %20,7 iken HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %20 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,949$).

HMR tanısı almayan çocuklarda ‘işlerin mükemmel olmayacağı korkusu’ semptomu oranı %22,0 iken HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %20,0 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,866$).

HMR tanısı almayan çocuklarda ‘istemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu’ semptomu oranı %36,6 iken HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %26,7 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,459$).

HMR tanısı almayan çocuklarda ‘kural dışı şeyler yapma korkusu’ semptomu oranı %70,7 iken HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %73,3 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,838$). (tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların HMR Tanısı Konulmalarına Göre Obsesif Semptom Yoğunluklarının Karşılaştırılması

		HMR		p
		Yok n(%)	Var n(%)	
Mikroplardan korku (OKB1)	Yok	66(80,5)	12(80,0)	0,965
	Var	16(19,5)	3(20,0)	
Hastalık kapma ya da hasta olma korkusu (OKB2)	Yok	65(79,3)	11(73,3)	0,608
	Var	17(20,7)	4(26,7)	
Zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu (OKB3)	Yok	60(73,2)	11(73,3)	0,990
	Var	22(26,8)	4(26,7)	
Kir korkusu (OKB4)	Yok	63(76,8)	13(86,7)	0,395
	Var	19(23,2)	2(13,3)	
Hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu (OKB5)	Yok	56(68,3)	9(60,0)	0,530
	Var	26(31,7)	6(40,0)	
Bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu (örneğin kapıyı kapatmayı) (OKB6)	Yok	67(81,7)	10(66,7)	0,186
	Var	15(18,3)	5(33,3)	
Birini istemeden yaralama korkusu (OKB7)	Yok	65(79,3)	12(80,0)	0,949
	Var	17(20,7)	3(20,0)	
İşlerin mükemmel olmayacağı korkusu (OKB10)	Yok	64(78,0)	12(80,0)	0,866
	Var	18(22,0)	3(20,0)	
İstemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu (OKB8)	Yok	52(63,4)	11(73,3)	0,459
	Var	30(36,6)	4(26,7)	
Kural dışı şeyler yapma korkusu (OKB9)	Yok	24(29,3)	4(26,7)	0,838
	Var	58(70,7)	11(73,3)	

Tablo 14. te katılımcıların dürtüsellik tanısı konulmalarına göre obsesif semptom yoğunluklarının karşılaştırılmasına dair verilere yer verilmiştir. Dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda ‘mikroptan korku’ semptomu oranı %20,2 iken dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %15,4 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,682$).

Dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda ‘hastalık kapma ya da hasta olma korkusu’ semptomu oranı %22,6 iken dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %15,4 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,556$). Dürtüsellik tanısı

almayan çocuklarda ‘zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu’ semptomu oranı %26,8 iken dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %15,4 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,318$).

Dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda ‘kir korkusu’ semptomu oranı %22,6 iken dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %15,4 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,556$).

Dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda ‘hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu’ semptomu oranı %34,5 iken dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %23,1 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,414$). Dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda ‘bazı şeyleri yapmayı unutmama korkusu’ semptomu oranı %20,2 iken dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %23,1 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,814$).

Dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda ‘birini istemeden yaralama korkusu’ semptomu oranı %20,2 iken dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %23,1 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,189$).

Dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda ‘işlerin mükemmel olmayacağı korkusu’ semptomu oranı %23,8 iken dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %7,7 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,189$).

Dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda ‘istemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu’ semptomu oranı %35,7 iken dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %30,8 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,728$). Dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda ‘kural dışı şeyler yapma korkusu’ semptomu oranı %67,9 iken dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %92,3 düzeyinde olup aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,070$). (tablo 14)

Tablo 14. Katılımcıların Dürtüsellik Tanısı Konulmalarına Göre Obsesif Semptom Yoğunluklarının Karşılaştırılması

		Dürtüsellik		p
		Yok n(%)	Var n(%)	
Mikroplardan korku (OKB1)	Yok	67(79,8)	11(84,6)	0,682
	Var	17(20,2)	2(15,4)	
Hastalık kapma ya da hasta olma korkusu (OKB2)	Yok	65(77,4)	11(84,6)	0,556
	Var	19(22,6)	2(15,4)	
Zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu (OKB3)	Yok	60(71,4)	11(84,6)	0,318
	Var	24(28,6)	2(15,4)	
Kir korkusu (OKB4)	Yok	65(77,4)	11(84,6)	0,556
	Var	19(22,6)	2(15,4)	
Hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu (OKB5)	Yok	55(65,5)	10(76,9)	0,414
	Var	29(34,5)	3(23,1)	
Bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu (örneğin kapıyı kapatmayı) (OKB6)	Yok	65(77,4)	12(92,3)	0,216
	Var	19(22,6)	1(7,7)	
Birini istemeden yaralama korkusu (OKB7)	Yok	(79,8)	10(76,9)	0,814
	Var	17(20,2)	3(23,1)	
İşlerin mükemmel olmayacağı korkusu (OKB10)	Yok	64(76,2)	12(92,3)	0,189
	Var	20(23,8)	1(7,7)	
İstemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu (OKB8)	Yok	54(64,3)	9(69,2)	0,728
	Var	30(35,7)	4(30,8)	
Kural dışı şeyler yapma korkusu (OKB9)	Yok	27(32,1)	1(7,7)	0,070
	Var	57(67,9)	12(92,3)	

Tablo 15. te katılımcıların tanımlayıcı bilgilerinin obsesif semptom yoğunluklarına göre dağılımına ilişkin verilere yer almaktadır. Bu tablonun oluşturulmasında tüm maddelerin puanları toplanarak bir toplam OKB skalası-ölçeği elde edilmiştir (min:4 max: 40 puan). Bu skala soru sayısında bölünerek kategorik bir sınıflama elde edildi ve bu sınıflamada “Toplamda OKB durumu” yok (1 puan), düşük(2 puan) ve yüksek (3+4 puan) olarak gruplandırılmıştır.

Analiz neticesinde Yüksek puan oranı erkeklerde %18,2 iken kızlarda %22,6’dır ve aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır (p=0,740). Yaş grubu 8 ve altı olanlarda

oran %13,8 iken 9 ve üzeri yaş grubunda bu oran %31,3'e çıkmaktadır (p=0,120). Hiperaktivitesi olmayanlarda yüksek puan oranı %21,7 iken olanlarda da bu oran benzerdir (%18,9)(p=0,711). HMR, dürtüsellik, tanıları için de benzerdir. (tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgilerinin Obsesif Semptom Yoğunluklarına Göre Dağılımı

		OKB Durumu n(satır %)(sütun %)			p
		Yok (1 puan)	Düşük (2 puan)	Yüksek (3 +4 puan)	
Cinsiyet	Erkek	7(10,6) (77,8)	47(71,2) (68,1)	12(18,2) (63,2)	0,740
	Kız	2(6,5) (22,2)	22(71,0) (31,9)	7(22,6) (36,8)	
Yaş Grupları	3-4 yaş	1(8,3) (11,1)	10(83,4) (14,5)	1(8,3) (5,3)	0,057
	5-6 yaş	0(0)(0)	26(81,3) (37,7)	6(18,8) (31,6)	
	7-8 yaş	5(23,8) (55,6)	14(66,7) (20,3)	2(9,5) (10,5)	
	9-10 yaş	2(11,1) (22,2)	9(50,0) (13,0)	7(38,9) (36,8)	
	11+ yaş	1(7,1) (11,1)	10(71,4) (14,5)	3(21,4) (15,8)	
Yaş Grubu	<8 yaş	6 (9,2) (66,7)	50 (76,9) (72,5)	9(13,8) (47,4)	0,120
	>9 yaş	3 (9,4) (33,3)	19(59,4) 27,5)	10 (31,3) (52,6)	
Dikkat Eksikliği	Yok	-	-	-	-
	Var	9(9,3) (100,0)	69(71,1) (100,0)	19(19,6) (100,0)	
Hiperaktivite	Yok	4(17,4) (44,4)	14(60,9) (20,3)	5(21,7) (26,3)	0,265
	Var	5(6,8) (55,6)	55(74,3) (79,7)	14(18,9) (73,7)	
HMR	Yok	8(9,8) (88,9)	57(69,5) (82,6)	17(20,7) (89,5)	0,711
	Var	1(6,7) (11,1)	12(80,0) (17,4)	2(13,3) (10,5)	
Dürtüsellik	Yok	9(10,7) (100,0)	59(70,2) (85,5)	16(19,0) (84,2)	0,459
	Var	0(0)(0)	10(76,9) (14,5)	3(23,1) (15,8)	

5. SONUÇ VE TARTIŞMA

5.1. Sonuç

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulan çocuklarda obsesif semptomlarına ait düzeylerin belirlenmesi amacıyla hazırlanan çalışmanın cinsiyetlere göre yoğunluğuna bakıldığında dikkat çekici düzeyde yüksek çıkan semptomların olmadığı istatistiki olarak tespit edilmemiş olsa da dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulan erkek çocuklarda zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu semptomu %30,3, hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu semptomu olanların oranı erkeklerde %36,4, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulan kız çocuklarda istemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu semptomu %32,3'tür ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulan erkek ve kız çocuklarda kural dışı şeyler yapma korkusu semptomu erkeklerde %71,2 kızlarda %71'tür.

Obsesif semptomlarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı koyulmuş çocukların yaşlarına göre yoğunluğuna bakıldığında istatistiki olarak anlamlı farklılık "hastalık kapma ya da hasta olma korkusu semptomu" ile "bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu" semptomu olan çocuklarda görülmektedir. Bu netice bağlamında 9 yaş ve üstünde olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların hastalık kapma ya da hasta olma korkusu semptomu ile "Bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu" semptomu kendilerinden daha düşük yaşta olan çocuklardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Obsesif semptomlarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı koyulmuş çocukların hiperaktivite tanısı da almış çocuklara göre yoğunluğuna bakıldığında istatistiki olarak anlamlı farklılık tespit edilememiş olsa da hiperaktivite tanısı alan çocuklarda hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu semptomu %35,1 düzeyinde, hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda İstemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu semptomu oranı %39,1, Hiperaktivite tanısı alan çocuklarda bu oran %33,8 düzeyinde ve hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda Kural dışı şeyler yapma korkusu semptomu oranı %60,9, hiperaktivite tanısı almayan çocuklarda bu oran %70,3 olduğu saptanmıştır.

Obsesif semptomlarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı koyulmuş çocukların HMR tanısı da almış çocuklara göre yoğunluğuna bakıldığında istatistiki olarak anlamlı farklılık tespit edilememiş olsa da HMR tanısı almayan çocuklarda hata

yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu semptomu oranı %31,7, HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %40,0 düzeyinde, HMR tanısı alan çocuklarda bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu semptomu oranı %33,3 düzeyinde olduğu, HMR tanısı almayan çocuklarda istemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu semptomu oranı %36,6 düzeyinde ve HMR tanısı almayan çocuklarda kural dışı şeyler yapma korkusu semptomu oranı %70,7 ve HMR tanısı alan çocuklarda bu oran %73,3 düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

Obsesif semptomlarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı koyulmuş çocukların dürtüsellik tanısı almış çocuklara göre yoğunluğuna bakıldığında istatistiki olarak anlamlı farklılık tespit edilememiş olsa da dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu semptomu oranı %34,5, dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda İstemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu semptomu oranı %35,7 ve dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %30,8 düzeyinde, dürtüsellik tanısı almayan çocuklarda kural dışı şeyler yapma korku semptomu oranı %67,9 iken dürtüsellik tanısı alan çocuklarda bu oran %92,3 düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

Obsesif semptom tarama listesi, alt semptom grupları arasındaki ilişkiye dair sonuçlara bakıldığında OKB Semptom Grubu 1 OKB Semptom grubu 2 ve 3 ile düşük seviyeli ve pozitif yönlü ilişki içerisindedir. Bu bağlamda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulan çocuklarda, mikroplardan korku, hastalık kapma ya da hasta olma korkusu, zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu ve kir korkusu semptomlarında meydana gelen artışta hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkusu, Bazı şeyleri yapmayı unutma korkusu, birini istemeden yaralama korkusu ve işlerin mükemmel olmayacağı korkusu semptomlarında ve istemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkusu, kural dışı şeyler yapma korkusunda artış gözlenecektir.

5.2. Tartışma

Geller ve arkadaşlarının (1996) OKB hastası çocuk, ergen ve erişkinde yaptıkları çalışma ile Biederman'ın (2002) DEHB hastalarında yaptıkları çalışmada çocukluk çağı OKB'lerinin ve DEHB'lerinin çoğunun erkek olduğu tespit edilmiş çalışmamızda ise cinsiyete göre OKB ve DEHB tanısı koyulan çocukların farklılaşmadığı sonucu elde edilmiştir.

Şenöz (2015) “8. Sınıf Öğrencisi Olup Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almış Olan Çocuklarda Sınav Kaygısı Bozukluğu Oranının Sıklığının Değerlendirilmesi” konulu çalışmasında Obsesif Kompulsif Bozukluk düzeylerinin yaşlara göre farklılaşmadığını tespit etmiştir. Çalışmamızda ise obsesif semptomlarından olan “hastalık kapma yada hasta olma korkusu” nu 8 yaş altındaki çocukların daha az düzeyde yaşadıkları belirlenmiştir.

Güllüoğlu (2015) Obsesif Kompulsif Bozukluğu tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtilerini incelediği çalışmasında OKB tanısı almış hastalar arasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmadığı sonucuna ulaşmıştır. Çalışmamızda da elde edilen sonuçlar bahsi geçen çalışmadaki sonuçlarla paralellik göstermektedir.

6. ÖNERİLER

- DEHB tanısı koyulan erkek çocukların zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkuları ile hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkularına yönelik tedavilerin özellikle önemsenerek üzerinde durulması gerekmektedir.
- DEHB tanısı koyulan kız çocukların istemeden kötü, ahlaksız ya da utandırıcı bir şey söyleme ya da yapma korkuları ile kural dışı şeyler yapma korkularına yönelik tedavilerin üzerinde durulması ve öncelik verilmesi gerekmektedir.
- DEHB tanısı koyulan 9 yaş ve üzerindeki çocukların tedavilerinin planlanmasında hastalık kapma ya da hasta olma korkusu ile bazı şeyleri yapmayı unutma korkularının ön planda tutulması gerekmektedir.
- Hem DEHB hemde HMR tanısı alan çocuklarda görülen obsesif semptomlar bağlamında, çocukların hata yapma ya da bir şeyleri yanlış yapma korkuları, bazı şeyleri yapmayı unutma korkuları ile kural dışı şeyler yapma korkularının belirgin olarak görüldüğü ve gerek tıbbi tedavilerinde gerekse ailenin çocuğuna yaklaşımında bu hususlara dikkat ederek davranması gerekmektedir.
- DEHB tanısı koyulan çocukların mikroplardan korku, hastalık kapma ya da hasta olma korkusu, zehirli ya da tehlikeli maddelere temas etme korkusu ve kir korkusunun görülmesi diğer obsesif semptomları da tetiklemekte ve bu korkuların herhangi birinde olası korku düzeyinin yükselmesi çocuğun OKB semptomlarının da görülmesine neden olmaktadır. Bu çerçevede özellikle ailenin çocuğa yaklaşımında bu noktaları göz ardı etmemesi gerekmektedir.

7. KAYNAKÇA

- BARBARESİ WJ, KATUSİC SK, COLLİGAN RC, PANKRATZ VS, WEAVER AL, WEBER KJ, et al., 2002. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn. Arch Pediatr Adolesc Med; 156(3):217-224
- BARKLEY R.A. MURPHY K.R., FİSCHER M., 2008. Attention Deficit Hyperctivity Disorder in Adults. What the Science Says. 1.Baskı. Newyork, London, The Guilford Press. 2008:1-467
- BRESLAU N., BROWN G.G. DELDOTTO J.E., KUMAR S., EZHUTHACHAN S. , ANDRESKİ P., HUFNAGLE K.G., 1996. Psychiatric sequelae of low birth weight at 6 years of age. Journal of Abnormal Child Psychology, 24:3.
- CANAT, Ş., 1998. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Güleç C, Köroğlu E (ed). Psikiyatri Temel Kitabı (1.baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği:1119-1131.
- CASTELLANOS FX, TANNOCK R., 2002. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes . Nat Rev Neeurosci, 3:617-628.
- DOĞAN S, ÖNCÜ B, SARAÇOĞLU GV, KÜÇÜKGÖNCÜ S., 2008. Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirti sıklığı ve belirti düzeyi ile ilişkili gelişimsel, akademik ve psikolojik etmenler. Türkiye’de Psikiyatri, 10(3):109-115.
- DOYLE BB., 2006. Understanding and treating adults with attention deficit hyperactivity disorder. 1st ed. Washington, London: American Psychiatric Publishing, p.1-313.
- DUNN D. W., 2006. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Attention Problems and Epilepsy’ Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and

Treatment Ed: Ettinger AE, Kanner AM. Lippincott Williams & Wilkins; 2 edition

FROEHLICH TE, LANPHEAR BP, EPSTEIN JN, BARBARESI WJ, KATUSIC SK, KAHN RS., 2007. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. Arch Pediatr Adolesc Med, 161(9):857-864.

GREYDANUS D.E., PRATT H.D., PATEL D.R., 2007. Attention Deficit Hyperactivity Disorder across the lifespan. The Child Adolescent and Adult Disorders Mon, 53:70-131.

KESSLER CR, ADLER L, BARKLEY R, BIEDERMAN J, CONNERS K C, DEMLER O., 2006. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry, 163(4):716-723

KÖROĞLU, E., 2014. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

ÖNER Ö, ARSEV A.S., 2007. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. ARSEV A.S., TANER Y.I., (editörler). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda. İstanbul, Golden Print, 397-421.

SANBERG S., 1996. Hyperkinetik or attention deficit disorder. The British Journal of Psychiatry Cambridge, Great Britain at University Press, 169: 10-17.

SCHNEIDER M., RETZ W., COOGAN A., THOME J., RÖSLER M., 2006. Anatomical and functional brain imaging in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) – A neurological view. European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 256:32–34.

SHORTER E., 2005, A Historical Dictionary of Psychiatry. 1.Baskı. New York, Oxford University Press. 32-34.

SPENCER TJ, BIEDERMAN J, MICK E., 2007. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. Journal of Pediatric Psychology, 32:631–642.

ŞAHİN Ö. Ö., 2009. Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı, Eştanı ve Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi.

ŞENOL, S., 2008. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, 3, 293-311.

THOME J., JACOBS K.A., 2004. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. European Psychiatry, 19:303–306.

TURGAY A., 2009. Tedavi edilmeyen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun bedeli ve tedavide yenilikler,1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, s.8-48.

WEİS, M., WEİS, G., 2002. Attention deficit hyperactivity disorder. In: LEWIS M (ed). Child and Adolescent Psychiatry (3. ed). Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins: 645-670.

WILLCUTT EG, DOYLE AE, NİGG JT, FARAONE SV, PENNINGTON BF., 2005. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a metaanalytic review.' Biol Psychiatry, 1;57(11):1336-1346.