

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA DUYGU
DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ VE DUYUSAL HASSASIYETİN HASTALIK
YÜKÜ VE KLİNİK PREZENTASYONA ETKİSİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Cansu TAŞDEMİR

Trabzon-2023

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA DUYGU
DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ VE DUYUSAL HASSASİYETİN HASTALIK
YÜKÜ VE KLİNİK PREZENTASYONA ETKİSİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Cansu TAŞDEMİR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Bahadır TURAN

Trabzon-2023

ÖNSÖZ

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı eğitimim süresince bilgi ve tecrübesiyle bize hep yol gösteren ve destek olan, anabilim dalı başkanımız, tez danışmanım Doç. Dr. Bahadır TURAN'a

Azmi ve mesleğimize olan bağlılığıyla her zaman bize ışık tutan, bölümümüzden ayrıldıktan sonra da varlığını daima hissettiğim eski anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Samiye Çilem BİLGİNER'e,

Asistanlığa adımımı attığım andan itibaren mesleki yönden olduğu kadar sosyal yönden de her zaman yanımda bulunan ve her aşamada desteğini arkamda hissettiğim Dr. Öğr. Üyesi Serkan KARADENİZ'e

Uzmanlık eğitimime katkıları ve tez çalışmam sırasında gösterdiği destek ve yardımları için, sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra HOŞOĞLU'na,

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na aynı gün adım attığım, tüm zorlu süreçleri el ele atlattığım ve gönül bağımın asla kopmayacağını inandığım Dr. Sevil AYDOĞDU'ya,

Birlikte çalışmaktan zevk aldığım değerli arkadaşlarım Uzm. Dr. Berire ÇEKİN YILMAZ, Uzm. Dr. Damla BULUT ŞAHİN, Dr. Züleyha TEHİNOĞLU, Dr. Selman YILDIRIM ve bütün asistan arkadaşlarıma,

Mesaimizi paylaşmaktan mutluluk duyduğum ve kendimi bu süreçte aile ortamında hissetmemi sağlayan sekreterlerimiz Sefa AKSU ve Ülker YAZICI'ya

Üzerimdeki bütün emekleri için canım annem, babam ve en güzel doğum günü hediyesi olan canım kardeşime,

İçtenliği, sabrı ve arkadaşlığıyla bu süreçte en büyük destekçim olan Kadir VAROL'a teşekkür ederim.

ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Duyusal Hassasiyetin Hastalık Yükü ve Klinik Prezantasyona Etkisi

Amaç: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarında duyusal hassasiyet ve duygu düzenleme güçlüğü, hastalığın yönetimi, tedavi seçimi, uzun dönemde sonuçlarının değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada OKB tanılı 11-16 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde duyusal hassasiyet ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, duyusal hassasiyet ve duygu düzenleme güçlüğü ile OKB hastalık yükü (semptom sayısı ve semptom şiddeti) ve klinik prezentasyon arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, Haziran 2022- Nisan 2023 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında gerçekleştirilmiştir. Klinik değerlendirme, DSM-5 tanı ölçütleri ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL) yarı yapılandırılmış görüşmesine göre OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerden çalışmaya katılmayı kabul eden, uygunluk ölçütlerini karşılayan 44 kişi olgu grubu olarak; bu hastalarla cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından eşleşmiş 44 kişi ise kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların duyusal hassasiyetinin değerlendirilmesi için Adölesan/ Yetişkin Duyu Profili (AYDP); duygu düzenleme güçlüğüne değerlendirilmesi için Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ); OKB şiddetinin değerlendirilmesi için Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan tüm katılımcıların %59,1'i kız, %40,9'u erkeklerden oluşmaktadır. Tüm katılımcıların yaş ortalaması $14,09 \pm 1,89$ olup olgu ve kontrol grubu arasında cinsiyet ve yaş açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Olgu grubu ve kontrol

DDGÖ total puanı bakımından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,006$). Daha sonra yapılan korelasyon analizinde DDGÖ total puanı ile OKB semptom şiddeti arasında pozitif korelasyon saptanırken ($r=0.573$, $p<0.001$), bu ilişki obsesyon ve kompulsiyon sayısı bakımından anlamlı olarak tespit edilmemiştir ($r=0.251$, $p=0.100$). DDGÖ skorları ile klinik prezentasyon arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır. Olgu grubu ve kontrol grubu duyuşal hassasiyet bakımından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.007$). Daha sonra yapılan korelasyon analizinde duyuşal hassasiyet ile obsesyon ve kompulsiyon sayısı arasında pozitif korelasyon saptanırken ($r=0.310$, $p=0.040$), ($r=0.401$, $p=0,007$) bu ilişki OKB semptom şiddeti bakımından anlamlı olarak tespit edilmemiştir ($r=0.191$, $p=0.214$). Duyuşal hassasiyet ile klinik prezentasyon arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: OKB'li hastalarda duyuşal hassasiyet ve duygu düzenleme güçlüklerinin sağlıklı kontrollere göre yüksek olması; ayrıca duyuşal hassasiyetin OKB semptom sayısı ile ilişkili iken duygu düzenleme güçlüklerinin daha çok OKB semptom şiddetiyle ilişkili olması; duygu düzenleme ve duyuşal hassasiyetin klinik prezentasyonla ilişkisinin olmaması bu çocuklarda gerek tanışal değerlendirme gerekse çeşitli medikal tedavi dışı tamamlayıcı ve alternatif tedaviler bakımından ruh sağlığı profesyonellerine yeni fikirler vermesi açısından dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, duyuşal hassasiyet, duygu düzenleme güçlüğü

ABSTRACT

The Effect of Emotion Regulation Difficulties and Sensory Sensitivity on Disease Burden and Clinical Presentation in Patients with Obsessive Compulsive Disorder

Objective: Sensory sensitivity and emotion regulation difficulties in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) are crucial aspects in terms of disease management, treatment selection, and long-term outcome assessment. In this study, the aim is to assess the relationship between sensory sensitivity and emotion regulation difficulties among children and adolescents aged 11-16 diagnosed with OCD. Additionally, the study aims to investigate the correlation between sensory sensitivity, emotion regulation difficulties, OCD disease burden (number and severity of symptoms), and clinical presentation.

Method: The research was conducted between June 2022 and April 2023 at the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, Karadeniz Technical University. Clinical assessment was based on DSM-5 diagnostic criteria and the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), a semi-structured interview. The study included 44 individuals in the case group who were diagnosed with OCD according to the K-SADS-PL interview, agreed to participate, and met the eligibility criteria. Additionally, 44 individuals matched in terms of gender, age, and educational level were included in the study as the control group. For the evaluation of participants' sensory sensitivity, the Adolescent/Adult Sensory Profile (AASP) was utilized. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) was employed to assess emotion regulation difficulties, and the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) was administered to evaluate OCD severity in the participants.

Results: Among all participants in the study, 59.1% were female, and 40.9% were male. The mean age of all participants was 14.09 ± 1.89 , and there was no significant difference

in terms of gender and age between the case and control groups. When comparing the case group and the control group in terms of Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) total score, a significant difference was found between the groups ($p=0.006$). Subsequent correlation analysis revealed a positive correlation between DERS total score and OCD symptom severity ($r=0.573$, $p<0.001$), whereas this relationship was not statistically significant regarding the number of obsessions and compulsions ($r=0.251$, $p=0.100$). No significant relationship was observed between DERS scores and clinical presentation.

When comparing the case and control groups in terms of sensory sensitivity, a significant difference was detected between the groups ($p=0.007$). Subsequent correlation analysis showed a positive correlation between sensory sensitivity and the number of obsessions and compulsions ($r=0.310$, $p=0.040$), ($r=0.401$, $p=0.007$), while this relationship was not statistically significant concerning OCD symptom severity ($r=0.191$, $p=0.214$). No significant relationship was found between sensory sensitivity and clinical presentation.

Conclusion: The higher sensory sensitivity and emotion regulation difficulties in individuals with OCD compared to healthy controls, along with the association between sensory sensitivity and the number of OCD symptoms, and the stronger relationship between emotion regulation difficulties and the severity of OCD symptoms, as well as the lack of correlation between emotion regulation, sensory sensitivity, and clinical presentation, highlight the potential for offering new insights to mental health professionals in terms of both diagnostic assessment and various non-pharmacological complementary and alternative treatments for these children.

Keywords: Obsessive compulsive disorder, sensory sensitivity ,emotion regulation difficulties.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Etiyoloji	6
2.1.4.1. Biyolojik Etmenler	7
2.1.4.1.1 Genetik	7
2.1.4.1.2. Nörokimyasal	9
2.1.4.1.3 Nöroimmunolojik	11
2.1.4.1.4. Nöroendokrinolojik Etmenler	12
2.1.4.1.5. Nöroanatomi.....	12
2.1.4.1.6. Nöropsikolojik.....	14
2.1.4.2. Psikososyal Etmenler	14
2.1.4.2.1. Psikanalitik Yaklaşım	14
2.1.4.2.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	15
2.1.5. Klinik Özellikler	17
2.1.6. Alt Tiplerin Belirlenmesi	18

2.1.7. Tanı.....	21
2.1.8. Eştanılar	23
2.1.9. Klinik Seyir ve Prognoz.....	24
2.2. Duyusal İşleme.....	25
2.2.1. Tanım ve Tarihçe.....	25
2.2.2. Duyusal İşleme Bozuklukları	26
2.2.3. Duyusal Hassasiyet ve OKB	30
2.3. Duygu Düzenleme	32
2.3.1 Duygu Düzenleme Becerisinin Gelişim Aşamaları.....	34
2.3.2. Psikiyatrik Hastalıklar ve Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	36
2.3.3. OKB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü	37
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1. Araştırmanın Evreni ve Tipi.....	39
3.2. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi.....	39
3.2.1.Araştırma Grubuna Dahil Edilme Ölçütleri.....	41
3.2.2. Kontrol Grubu İçin Dahil Edilme Kriterleri:	41
3.2.3.Araştırma Grubuna Dahil Edilmeme Kriterleri:.....	41
3.2.4.Kontrol Grubu İçin Dahil Edilmeme Kriterleri:.....	41
3.3. Veri Toplama Araçları	42
3.3.1.Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	42
3.3.2. Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ).....	42
3.3.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL)	42
3.3.4. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili (AYDP)	43
3.3.5. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ)	44
3.3.6. Yenilenmiş Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (ÇADÖ-Y)	44
3.4.Araştırmanın Aşamaları	45

3.5. İstatistiksel Analiz.....	45
4.BULGULAR.....	47
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	47
4.2. Katılımcıların Klinik Özelliklerine Dair Veriler	52
4.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Veriler	54
4.4. Duyu Profili ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Hastalık Yüküne Etkisine Dair Veriler	56
4.5. Duyu Profili ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Klinik Prezantastona Etkisine Dair Veriler	58
4.6. Duyu Profili ile Duygu düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişkiye Dair Veriler	59
5.TARTIŞMA	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
7. KAYNAKLAR	70
8. EKLER	91
Ek-2. Çocuklar için Yale–Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği.....	93
EK-3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children- Present and Lifetime Version, K-SADS-PL).....	101
EK 4: Adölesan/ Yetişkin Duyu Profili	106
EK 5: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği	110
EK-6. Yenilenmiş Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (ÇADÖ-Y).....	113
EK-7. GÖNÜLLÜ ONAM FORMLARI.....	115



SİMGELER VE KISALTMALAR

AYDP:	Adölesan Yetişkin Duyu Profili
BDÖ:	Barratt dürtüsellik ölçeği
BDT:	Bilişsel Davranışçı Terapi
BOS:	Beyin Omurilik Sıvısı
COMT:	Katekol-O-Metiltransferaz
CRP:	C-reaktif protein
ÇADÖ-Y:	Yenilenmiş Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
ÇY-BOKÖ:	Yenilenmiş Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
DDGÖ:	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DEHB:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DİB:	Duyusal İşleme Bozukluğu
DİH:	Duyusal İşleme Hassasiyeti
DLPFK:	Dorsolateral Prefrontal Korteks
DP:	Duyu Profili
DSM:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
GLX:	Glutamin
HIAA:	Hidroksiindolasetik asit
HVA:	Homovalinik Asit
ICD:	Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
IFN:	İnterferon
IL:	İnterlökin
KG:	Kontrol Grubu
KSTK:	Kortiko-striato-talamo-kortikal
KTÜ:	Karadeniz Teknik Üniversitesi
MAO:	Mono Amin Oksidaz
MDB:	Major Depresif Bozukluk
M-CCP:	Meta-klorofenilpirazin
MRG:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
MRS:	Manyetik Rezonans Spektroskopi
MSS:	Merkezi Sinir Sistemi
OFK:	Orbitofrontal Korteks
OG:	Olgu Grubu

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

OKG: OKB grubu

OKKB: Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu

PANDAS: Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık

PB: Panik Bozukluk

PET: Pozitron Emisyon Tomografi

PFK: Prefrontal Korteks

SF: Sosyal Fobi

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus

SPECT: Tek foton emisyon bilgisayar tomografisi

SSRI: Seçici Serotonin Reuptake İnhibitörü

TNF: Tümör Nekroz Faktör

TS: Tourette Sendromu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1 Demografik özelliklere ilişkin veriler	47
Tablo 2 Aile özelliklerine ilişkin veriler	47
Tablo 3 Ebeveyn yaşlarına ilişkin veriler	48
Tablo 4 Anne özelliklerine ilişkin veriler	49
Tablo 5 Baba özelliklerine ilişkin veriler	50
Tablo 6 Aylık gelir durumuna ilişkin veriler	51
Tablo 7 Gelişim basamaklarına ilişkin veriler	51
Tablo 8 Gebelik dönemi özelliklerine ilişkin veriler	51
Tablo 9 OG ve KG arasında ailede psikiyatrik hastalık oranlarının karşılaştırılması	52
Tablo 10 Olgı grubunun obsesyon ve kompulsiyon şiddeti, sayısı ve tipine ilişkin veriler ..	53
Tablo 11 Olgı grubu ve kontrol grubu arasında ÇADÖ-Y alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	54
Tablo 12 Olgı grubu ve kontrol grubu arasında AYDP duyu modaliteleri puan ortalamalarının karşılaştırılması	55
Tablo 13 Olgı grubu ve kontrol grubu arasında AYDP puan ortalamalarının karşılaştırılması	55
Tablo 14 Olgı grubu ve kontrol grubu DDGÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	56
Tablo 15 Duyu Profili Alt Ölçeklerinin Hastalık Yüküne Etkisine Dair Veriler	56
Tablo 16 Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Hastalık Yüküne Etkisine Dair Veriler	57
Tablo 18 Duyu Profilinin Klinik Prezantasyona Etkisine Dair Veriler	58
Tablo 18 Duygu düzenleme güçlüğü'nün klinik prezantasyona etkisine dair veriler	58
Tablo 19 Olgı grubunda Duyu Profili ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiye dair veriler	59

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Duyusal İşleme Bozukluğu Sınıflandırılması (Miller ve ark 2007)	27
Şekil 2.2. Dunn'ın Duyu İşleme Modeli.....	28
Şekil 3.1. Akış Şeması.....	40



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), tekrarlayan obsesyon ve kompulsiyonlarla seyreden, akademik, mesleki ve sosyal alanlarda bozulma ve bazı durumlarda periyodik alevlenmelerle sonuçlanan kronik bir nöropsikiyatrik bozukluktur. (1). Kompulsiyonlar, bir kişinin obsesyonlara karşı katı bir şekilde gerçekleştirmek zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel uğraşılardır. Obsesyon ve kompulsiyonlar, gelişim dönemlerinin normal bir parçası olan ritüel davranışlardan aşırı ve sürekli olmaları ile ayrılırlar. Obsesyonlar, tekrarlayan, müdahaleci, istemsiz, ısrarcı düşünceler, dürtüler veya imgeler olarak tanımlanır. (2).

OKB, kültürel etkilere bağımsız olarak, genel popülasyonda yaşam boyu prevalansı %2-3 olup fobiler, madde kullanım bozuklukları ve depresif bozuklukların ardından toplumda en yaygın dördüncü ruh sağlığı sorunudur. (3). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar neticesinde çocuk ve ergenlerde ise prevalansının %0.25-%4 arasında olduğu bulunmuştur (4). OKB genellikle çocukluk çağı ve ergenlik ve genç yetişkinlik dönemi olmak üzere iki pik yapmaktadır. Ergenlikle beraber cinsiyet dağılımı eşitlenmekle beraber çocukluk döneminde başlayan OKB erkeklerde daha sık görülmektedir (5).

Farklı biyolojik, psikanalitik ve bilişsel modeller OKB'nin gelişimine açıklama getirmektedir (6). Bilişsel modeller, kişinin ruh hali ve duygularının bazı özel uyaranları önemli olarak algılayıp farklı değerlendirerek obsesyonların oluşumuna katkıda bulunduğunu varsayar. Bu modeller son zamanlarda OKB'nin gelişimi ve sürdürülmesinde yaygın olarak kabul görmekte ve bilişsel davranışçı yaklaşımların tedavide kullanılmasını sağlamaktadır. (7,8). Duygu düzenleme kavramı, bireyin duygusal tepkilerini izleme, kontrol etme, değerlendirme ve gerekli durumlarda değiştirebilme yeteneğini içermektedir (9). Duygu düzenleme, duygusal tepkinin başlatılması ve devam etmekte olan duygusal tepkilerin düzenlenmesi gibi aşamalardan oluşmaktadır (10). OKB'ye eşlik eden negatif duygudurumun, olumsuz düşünce ve yorumlamalarda artışa neden olarak olumsuz duygu ve güvenlik sağlayıcı davranışlar arama çabasında artışı tetiklediği bildirilmiştir (11).

Yapılan araştırmalar OKB tanılı grubun anksiyete ve depresyon dışlandığında dahi sağlıklı kontrollere göre daha fazla duygu düzenleme sorunları yaşadığını göstermiştir (12). Klinik olmayan bir örnekleme de duyguları daha az anlama ve daha fazla korku duymanın da dahil olduğu duygu düzenleme güçlüklerinin daha yüksek seviyelerde obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur (13). Nitekim Allen ve Barlow tarafından yapılan bir

araştırmada, duygu düzenleme becerilerindeki gelişmelerin OKB şiddetindeki azalmalarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (14).

Duyusal modülasyon, merkezi sinir sisteminin bir işlevi olup kişinin bedensel ve çevresel taleplerini karşılamak için duyusal girdilere verdiği yanıtları derecelendirme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (15). Çevreden sürekli olarak binlerce uyarı gelmekte ve kişinin bulunduğu durum ile ilişkili olmayan uyarılar merkezi sinir sistemi tarafından inhibe edilmektedir. Böylece duyusal uyarı ve beraberinde ortaya çıkan davranışsal cevap arasındaki bağlantılar azaltılmaktadır. Bu nörolojik sürecin bir başka parçası olan fasilitasyon ise duyusal girdi ile davranış arasındaki bağlantıyı kontrol etmektedir (16). Duyusal modülasyon bozukluğu Bauman ve ark. tarafından günlük ve zararsız duyusal uyaranlara karşı kalıcı ve tipik olmayan tepki kalıpları olarak tanımlanmıştır (17). Duyusal modülasyon bozukluğu olan kişilerde normalin üzerinde bir tepki (duyusal hassasiyeti) veya normalin altında bir yanıt (düşük kayıt) verme, duyusal uyaran arama veya normal olarak algılanması gereken duyusal uyaranlara karşı duyusal kaçınma davranışı gibi dört farklı yanıt görülebilir. Davranış ve duygusal gelişim, duyusal modülasyonla ilgili sorunlardan etkilenebilir. (18).

Duyusal hassasiyet ile ilgili mevcut literatür, beden odaklı tekrarlayıcı davranışlar da dahil olmak üzere obsesif kompulsif bozukluk ile ilgili sorunların kafa derisinin kaşınması gibi yüksek somatik aktivite algılarıyla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Teng ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada saç yolma, deri yolma gibi beden odaklı tekrarlayıcı davranışlar sergileyen bireylerin somatik duyumlara ilişkin daha fazla farkındalık sergiledikleri bildirilmiştir (19). Benzer şekilde yapılan bir çalışmada duyusal hassasiyetin OKB'si olan gençler arasında yaygın olduğunu ve duyusal hassasiyetin büyüklüğü ile kompulsiyonların şiddeti (obsesyonlar değil), genel OKB şiddeti ve OKB ile ilişkili bozulma arasında ilişkiler bulunmuştur (20).

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda OKB tanılı hastalarda duygu düzenleme sorunlarının olabileceğine dair veriler ve duyusal hassasiyetin diğer gruplara göre farklılık gösterebileceğine dair çalışmalar bulunmakla birlikte bu hasta grubunu olabildiğince pür bir şekilde inceleyen ve hastalık şiddeti/semptom sayısı gibi hastalık yükü belirteçleri ve klinik prezentasyonunu spesifik olarak inceleyen çalışma bildiğimiz kadarıyla bulunmamaktadır. Bu bağlamda bu tez çalışmasında amacımız:

1. OKB tanılı 11-16 yaş arası çocuk ve ergenlerde hem duygu düzenleme güçlüklerinin hem de duyusal hassasiyeti sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak,
2. OKB'li çocuklarda hastalık yükünün ve klinik prezentasyonların duygu düzenleme güçlükleri ve duyusal hassasiyetle olan ilişkisini değerlendirmektir.

Çalışma kapsamında OKB’li çocuklarda sağlıklı kontrollere göre duygu düzenleme güçlükleri ve duyuşal hassasiyet farklılıklarının olduğunu ve bunun hastalık yükü ve klinik prezentasyonla ilişkili olabileceğı varsayılmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonların varlığıyla tanımlanan, dönemsel alevlenmelerle gidebilen, genellikle süregelen, kişinin işlevselliğini belirgin düzeyde etkileyen kronik ruhsal bir bozukluktur (1).

Obsesyonlar tekrarlayıcı, girici, istemsiz, kişinin mantığına, görüşlerine, ahlak anlayışına ters düşen, sürekli dürtüler, düşünceler ya da imgelerdir. Obsesyonlar ego-distonik yani benliğe yabancıdır. Kompulsiyonlar ise, kişinin obsesyonel düşünce ve imgeleri etkisiz hale getirmek, korkulan senaryoyu önlemek, kaygıyı azaltmak için, kişinin obsesyona karşı uygulanması gerektiğini düşündüğü, kurallara uygun ve katı şekilde yerine getirmeye kendini zorunda hissettiği ritüelistik eylemler ve/veya zihinsel çabalar. Gelişimsel dönemde normal olarak kabul edilen ritüelistik davranışlardan aşırı ve sürekli olmasıyla ayrılmaktadır (2,21,22). Kişiler genellikle obsesyon ve kompulsiyonların mantık dışı ve aşırı olduğunu kabul eder, bu olağandışı düşünce ve imgelerin kaynağının kendisi olduğunu bilir ve onlara direnmeye, zihninden uzaklaştırmaya çalışır (2).

OKB'nin oluşumu, klinik özellikleri, klinik seyri ve tedaviye yanıt verme gibi birçok farklı özelliği açısından değişken bir yapıya sahip olduğu iyi bilinmektedir. Bu özelliklerin daha iyi kavranabilmesi için bu zihinsel durumun daha homojen özelliklere sahip alt tiplerini tanımlamaya ihtiyaç olup bu alanda daha fazla sayıda çalışma yapılmaktadır. Semptomların ve kompulsiyonların organizasyonuna göre alt tiplerin sınıflandırılması en çok kullanılan tekniklerden biridir. (23).

Lee ve Kwon'un bilişsel kurama dayalı sınıflandırmasında obsesyonları otojen obsesyonlar ve reaktif obsesyonlar olmak üzere iki alt gruba ayıran bir sınıflama geliştirmiştir. (24). Bu alt tiplendirme, otojen obsesyonları daha sık ortaya çıkan, zihinde tezahür etmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyan, bu obsesyonlardan muzdarip olan kişiyi daha rahatsız hissettiren, hakkında daha az konuşulma eğiliminde olunan takıntılar olarak tanımlar. Bu kategori saldırganlık, cinsel ve dini takıntıları içerir. Otojen obsesyonlarla karşılaştırıldığında, reaktif obsesyonlar, çevresel uyarılar tarafından harekete geçirildiğinde daha fazla su yüzüne çıkma eğiliminde olan, daha az mantıksız olarak algılanan, daha az gizlenme gerektiren ve daha az rahatsız edici olanlardır. Bu grup istifleme, simetri, şüphe ve kirlenme gibi takıntıları içerir. (23).

2.1.2. Tarihçe

OKB tarihçesi oldukça eskiye dayanmakta olup eski kutsal kitaplarda obsesyon ve kompulsiyonları çağrıştıran davranışlar görülmektedir. Din ve büyücülükle ilişkili törenlerin temelinde obsesif kompulsif bozukluktaki savunma mekanizmalarına benzeyen mekanizmaların yer aldığı düşünülmektedir. Orta çağ döneminde bir din adamının kiliselerin önünden geçerken ya da dua ederken şeytanın etkisiyle tekrarlayıcı olarak dilini çıkardığı, rahibi dinlemeye direnmeye çalıştığında bu tekrarlayıcı davranışının arttığı Şeytanın Çekici (Malleus Maleficarum) adlı kitapta yer almaktadır (25). Shakespeare'e ait Macbeth adlı eserde ise eserin baş kahramanı olan Lady Macbeth'te kocasının kralı öldürmesi ve bunun sonucunda yaşadığı vicdan azabıyla baş edememesi sonucu "Arabistan'dan gelen bütün mis kokulu sabunlar getirilse de bu elin kiri çıkmayacak." dediği el yıkama hastalığının başlaması gibi OKB'nin tipik bir örneği görülmektedir (26).

Jean Dominique Esquirel'in 1838 yılında OKB'ye benzeyen tıbbi bir bozukluğu bir tür kısmi delüzyonu ifade eden "monomania" terimini kullanmasıyla bu bozukluk bilimsel çıkışını yapmış, 19. yüzyılın sonunda nörasteni (sinir zafiyeti) olarak sınıflandırılmıştır. 20. Yüzyılın başlarında ise Freud ve Pierre Janet OKB'yi nörasteniden ayırmıştır. 1900'lerin başlarında Pierre Janet obsesyon ve kompulsiyonları fobilerle aynı başlık altında toplamıştır. Bu hastalıkların irade zayıflaması sonucu ortaya çıktıklarını düşünerek 'psikasteni' olarak açıklamıştır. Bu kişileri tariflerken aşırı kaygılı ve şüpheli özellikleri olan anormal karakterli kişiler olarak nitelendirmiştir. Ayrıca girici ve tekrarlayıcı düşünceleri olan ve pediatrik OKB'nin ilk klinik tanısı olarak kabul edilen psikastenik bir çocuğu rapor etmiştir (27-30).

Freud ise OKB ile fobileri farklı iki bozukluk olarak değerlendirmiş, 1895 yılında obsesyon nevrozu terimini istenmeyen, içsel, tekrarlayıcı düşünceler ve bunlara karşı savunma olarak ortaya çıkan tekrarlayıcı eylemler olarak tanımlayarak psikodinamik temellere dayandırmıştır (31).

OKB günümüzde, International Classification of Diseases (ICD) ve American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) tanı sistemleri tarafından sınıflandırılmakta olup OKB'nin ilk defa resmi olarak tanımlanması Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952 yılında yayımlanan DSM-I'de "Obsesif Kompulsif Reaksiyon" adıyla olmuştur. Bu tanımlamada biçim ve içerik açısından herhangi bir ayırım yapılmaksızın belirtiler kısaca tarif edilmiştir. DSM II (1968) 'de "Obsesif Kompulsif Nevroz" ve DSM-III (1978) 'te ise "Obsesif Kompulsif Bozukluk" olarak yer almıştır. Ayrıca ilk kez obsesyon ve kompulsiyon ayırımı ise DSM-III'de yapılmış, "Anksiyete Bozuklukları" başlığı

altında yer verilen DSM-IV'te ise davranışsal kompulsiyonlara ek olarak zihinsel eylemler belirtilmiştir (22,32).

Yapılan bilimsel çalışmalarla OKB'nin klinik prezentasyon ve etiyoloji açısından anksiyete bozukluklarından farklı bir bozukluk olduğunun ortaya konulmasıyla 2013 yılında yayınlanan DSM-V' de trikotillomani (saç çekme bozukluğu), deri yolma bozukluğu, biriktirme bozukluğu ve beden algısı bozukluğunun da yer aldığı "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" adında ayrı bir başlık altında tanımlanmıştır.

2.1.3. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'nün en son istatistikleri, OKB'yi işlevselliği etkileyen fiziksel ve zihinsel durumlar arasında onuncu sırada yer almaktadır ve en fazla yeti yitimine neden olan hastalıklardan biridir (33). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda prevalansının %2-3 arasında olduğu belirtilmiş olup çocuk ve ergenlerde bu oran %0.25 ile %4 arasındadır (4,34).

Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan kişilerin yaklaşık olarak yarısında semptomlar ergenlik döneminden önce başlamaktadır (35). Örneklemin 330 OKB tanısı almış erişkini içerdiği bir çalışmada bu hastaların %23 'ünde ilk belirtilerin 11-18 yaş arasında, %49'unda ise 11 yaşından önce ortaya çıktığı tespit edilmiştir (36). OKB genellikle çocukluk çağı ve ergenlik-genç erişkinlik dönemi olmak üzere iki pik yaparak bimodal dağılım göstermektedir. Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı başlangıçlı OKB'nin erkek cinsiyette sık görüldüğü bildirilirken, ergenlikle birlikte cinsiyet dağılımı eşitlenmektedir (5). Erkeklerde prepubertal başlangıç, OKB tanılı aile bireyi öyküsü ve Tourette Sendromu (TS) gibi komorbidite sıklığı daha fazladır (37). Artan çalışmalarla birlikte erken başlangıcın OKB'de kötü prognostik faktörlerden biri olduğu ortaya konmuştur (38).

OKB prevalansının farklı sosyoekonomik tabakalar ve ülkeler arasında tutarlılık göstermesi nedeniyle bu bozukluğun ırk ve kültürel etmenlerden etkilenmediğini düşündürmektedir. Diğer yandan obsesyon ve kompulsiyonların kültürel faktörlerden etkilenebildiği bilinmektedir (39). Ergenlerin %55'i hem obsesyon hem kompulsiyon belirtileri gösterirken, cinsiyet açısından karşılaştırıldığında erkekler daha fazla obsesyon belirtileri, kızlar ise daha çok kompulsiyon belirtileri tariflemişlerdir (40).

2.1.4. Etiyoloji

OKB'nin etiopatogenezinde nörobiyolojik, genetik, yapısal, nörokimyasal, çevresel ve psikodinamik gibi çok sayıda faktör rol oynamaktadır.

2.1.4.1. Biyolojik Etmenler

2.1.4.1.1 Genetik

Psikiyatrik genetik çalışmaların amacı; hastalıkla ilişkili genleri, mutasyon ve polimorfizmleri, kalıtsal olarak aktarılan hastalıkların kalıtım kalıplarını, çevresel ve genetik etmenlerin etiyolojiye katkısını belirlemektir. Bu amaçla kullanılan başlıca metodlar ikiz, aile evlat edinme çalışmaları, moleküler genetik çalışmalar ve sitogenetik çalışmalardır (41).

Yapılan aile çalışmaları, OKB'si olan bireylerin akrabalarında OKB prevalansının, kontrollerin akrabalarına göre çok daha fazla olduğunu ve OKB'nin ailelerde toplanmasının mendelyen kalıtım tarzıyla tutarlı olduğunu bulmuştur (42). Farklı bir çalışmada obsesyonların kompulsiyonlara göre daha güçlü ailesel geçiş özelliklerine sahip olduğu, OKB hastalarının birinci derece akrabalarının olmayanlara göre yaklaşık beş kat daha sık saptadığı bildirilmiştir(43). Swedo ve ark. OKB'si olan çocukların ve gençlerin birinci derece akrabalarının %20-25'inin de bu duruma sahip olduğunu bulmuşlardır. Bu yüksek sonuç ve bu çalışmanın örneklemindeki ortalama yaşı düşük olması erken başlangıcın daha yüksek genetik geçiş ve daha fazla ailesel yüke neden olabileceğini düşündürmüştür (44). Bir araştırmaya göre, OKB'nin %45-65 oranında kalıtsal bir bileşeni vardır. (45). Genetik özelliklerin OKB'yi doğrudan ortaya çıkartmaktansa hastalığa zemin hazırladığını ve OKB' nin belirli alt tipleri için genetik özelliklerin daha fazla ön plana çıkabileceğini düşündüren ve ailede eşik altı OKB' nin de dahil edildiği bir araştırmada, yıkama kompulsiyonu olanların birinci derece akrabalarında OKB veya eşik altı OKB görülme sıklığı %8,7 iken, kontrol kompulsiyonu olanların birinci derece akrabalarında bu oran %19,8'dir (46).

Tarihsel olarak genetik faktörleri ve genetik ve çevresel faktörlerin göreceli olarak önemini araştıran ikiz çalışmalarının OKB ile ilgili geçmişi 1929'lara dayanmaktadır. Van Groothest ve arkadaşlar tarafından gözden geçirilen ikiz OKB çalışmalarında obsesif kompulsif semptomların kalıtsal olduğu ve %45 ila %65 aralığında genetik etkilere sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı incelemede konkordans yüzdesi dizigotik ikizlerde %20-50, monozigotik ikizlerde %70-80 olarak bildirilmiştir (47). OKB'de esas olarak genetik faktörlerin etkili olduğu düşündüren çalışmalardan biri de monozigot ikizlerle dizigot ikizlerin karşılaştırıldığı bir çalışma olmuştur. Bu çalışmada monozigot ikizlerde obsesif kompulsif semptomların görülme olasılığı iki kat daha yüksek bulunmuştur (48). Ülkemizde yapılan ikiz çalışmalarında ise monozigot ikizler için %63-87 gibi yüksek bir oranda uyum saptanmıştır (49).

OKB'nin heterojen doğasına bakıldığında, çok genli kalıtım olabileceği düşünülmüştür. Otozomal bir majör genin OKB'nin bulaşmasında potansiyel olarak bir rol oynayabileceğini

belirlemek için yapılan segregasyon analizlerinde, baskın Mendelyen kalıtımı olan bir majör genin patofizyolojide yer aldığına dair kanıtlar vardır. (50). Aile ve segraraştırmalarına göre OKB ve Tourette sendromu ilişkilidir ve Tourette sendromu olanların birinci derece akrabalarında OKB görülme sıklığı %6-26'dır. (51,52). Uluslararası OKB Vakfı'na ait bir meta-analiz çalışmasında, OKB'nin kalıtılabilirliği erken başlangıçlı OKB için %43 olarak hesaplanırken GRID2 ve DLGAP1 gibi çeşitli glutamaterjik sistemle ilişkili genlerin OKB ile ilişkili olduğu bulunmuştur (48).

OKB gibi kompleks hastalıkların genetik nedenlerini araştırmayı amaçlayan bir diğer yöntem de linkage (bağlantı) çalışmalarıdır. Aynı kromozomda üzerinde yer alan genler ile geçiş gösterme niteliğinde olan ve Mendel ilkelerine uymayan genlere linked (bağlı) genler ve bu duruma da linkage (bağlantı) denir. Genetik parametrelerin belirlenmesi için bu çalışmalarda lod adı verilen puanlamaya ihtiyaç duyulmaktadır. Lod puanlarının 3'ten yüksek olması bu genler arasında bağlantı olduğunu gösterirken 2'nin altında olması genler arasında bağlantı olmadığını göstermektedir (53). OKB olguları üzerinde Hanna ve arkadaşları tarafından yapılan ve yayınlanmış ilk linkage çalışması olan bir araştırmada, 9p kromozomu üzerinde 2.25 lod değeri ile parametrik bir bağlantı işareti oluşturulmuş ve 9p24 üzerinde yer alan olası bir bölge üzerinde ek araştırma yapılması gerektiği vurgulanmıştır (54).

Aday gen çalışmaları, serotonerjik ve dopaminerjik sistem üzerinde yoğunlaşmıştır. Serotonerjik sistemle ilgili aday gen çalışmalarında en sık çalışılan varyant ise 5HTTLPR olarak bilinen genin promotör bölgesindeki varyasyon olup yapılan bir meta-analiz çalışmasında 230 polimorfizm değerlendirmeye alınmış; en güçlü kanıtlar, rs6313'ün T alelinin ve 5-HTTLPR'nin LA alelinin OKB gelişimi için en önemli genler olduğunu göstermiştir (55). OKB ve Tourette sendromunun sık görülen komorbidite oranı ve Tourette sendromunun etiyolojisinde dopaminerjik mekanizmaların rolü OKB etiyolojisinde dopaminin işlevinin incelenmesine neden olmuştur (43,51,56). Dopaminerjik sistemle ilgili üzerinde durulan genler; DRD2, DRD3, DRD4, DAT, MAO-A ve COMT genleri olmuştur. Yapılan genetik çalışmalarda bir dopamin reseptör genlerinden en fazla pozitif ilişki saptanan gen DDR4 iken, bu genin alelleri simetri semptomları ile ilişkili bulunmuştur (57,58). DRD3 ise erken başlangıçlı OKB' deki beyaz cevher değişiklikleriyle ilişkili bulunmuştur (59).

OKB'li olgularda anterior singulat ve striatumda görülen glutamaterjik değişiklikler, glutamat taşıyıcısı genin OKB için aday genlerden biri olabileceğini düşündürmüş, erken dönem başlangıçlı OKB hastalarında yapılan çalışmalar ise glutamat taşıyıcısı genin (SLC1A1) OKB ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (60).

2.1.4.1.2. Nörokimyasal

i) Serotonin

Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanılması sonucunda belirtilerde azalma ve serotonin agonistlerinin kullanılmasıyla belirtilerde alevlenme görülmesiyle birlikte serotoninin OKB etiyojisinde önemli rol oynadığı saptanmıştır (61). OKB tedavisinde SSRİ kullanımından sonra etkilerin birkaç hafta sonra ortaya çıkması altta yatan patofizyolojinin postsinaptik modülasyon (reseptör düzeyinde aşırı duyarlılık) ile ilişkili bir sorun olduğunu düşündürmüştür (62). Bu alanda yapılan önceli çalışmalar postsinaptik 5-HT reseptörleri üzerine yoğunlaşırken daha sonraki çalışmalarda presinaptik mekanizmalar üzerinde durulmuştur.

Bir trisiklik antidepresan olan ve serotonin geri alım inhibisyonu yapan klomipraminin antiobsesyonel etkilerinin görülmesi (63) ve sadece noradrenalin geri alımını bloke eden desipraminin fluoksetin ve klomipraminle karşılaştırıldığı bir çalışmada, desipraminin antiobsesyonel etkisinin plasebodan farklı olmadığını bulunmasıyla bu etki için serotonin transport inhibisyonunun gerekli olduğu ortaya konmuştur (64). Serotonin yıkım ürünü olan 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) metabolitinin BOS'ta artmış düzeylerinin OKB şiddeti ile doğru orantılı olması ve ilaç tedavisi ile bu düzeyin düşmesi ve bu kişilerde tedavi yanıtının daha iyi olması serotonin hipotezini desteklemektedir (65, 66).

Çift kör bir araştırmada, Marazziti ve ark. kontrollerle karşılaştırıldığında, OKB hastalarının önemli ölçüde daha düşük trombosit 3H-paroksetin ve 3H-imipramin bağlanma bölgelerine sahip olduğunu ve bunun tedaviden sonra arttığını keşfetmişlerdir (67). 5HT1A, 5HT1D ve 5HT2C reseptörleri için yüksek afiniteye sahip bir serotonin agonisti, meta-klorofenilpirazin (m-CCP) olarak adlandırılır. OKB hastalarında m-CCP kullanımının semptomlarda artışa yol açtığı serotonerjik yükleme deneylerinde gösterilmiştir (61).

ii. Dopamin

Dopamin bazal ganglionlarda yaygın olarak bulunmakta olup Huntington ve Sydenham koresi bazal ganglion patolojilerinde OKB belirtilerinin görülmesi, OKB ile sık komorbidite gösteren Tourette sendromunun tedavisinde kullanılan dopamin blokerlerinin tedaviye dirençli OKB'de güçlendirici tedavi olarak fayda sağlaması dopaminin OKB etiopatogenezinde rol oynayabileceğini düşündürmüştür (68,69).

OKB'de dopaminin rolüyle ilgili veriler daha çok hayvan çalışmalarından elde edilmiştir. bu hayvan modellerinden birinde deneklere uzun bir süre boyunca seçici D2/3

reseptörü agonisti kinopirol uygulandı ve bu deneklerde kontrol etme kompulsiyonlarına benzer ritüelistik davranışların ortaya çıktığı, daha sonra kinopirolün kesilmesiyle bu davranışlarından ortadan kalktığı gözlemlenmiştir (70).

Tedavide klomipramin kullanılan OKB hastalarında dopaminin metaboliti olan homovalinik asit (HVA) BOS düzeylerinin ölçüldüğü iki çalışmada, tedavi öncesi ve sonrasındaki BOS'taki HVA düzeyleri arasında fark olmadığı görülmüştür (71,72). İlaçsız OKB hastaları ve kontrollerde plazma HVA düzeyinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada iki grup arasında farklılık bulunmamıştır (73). Diğer yandan Hollender ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada fenfluramin tedavisi sonrasında plazma HVA düzeylerinde anlamlı düşüş saptanmıştır (74).

Dopaminerjik sistem işlevleri dopamin reseptör agonistlerine verilen nöroendokrin ve davranışsal yanıtlar üzerinden de değerlendirmekte olup bu amaçla kokain ve amfetamin gibi dolaylı veya apomorfın ve bromokriptin gibi reseptöre doğrudan etki eden ajanlar kullanılmaktadır (75). Bir dopamin taşıyıcı engelleyicisi olan, sinaptik dopamin düzeylerini ve dopamin taşıyıcı yoğunluğunu arttıran kokainin kötüye kullanımının obsesif kompulsif belirtilerin gelişimi açısından risk oluşturduğu bildirilmiştir (76). Metilfenidat ve amfetamin ile yapılan çalışmada ise sonuçlar çelişkili olup; bazı çalışmalarda bu ajanların OKB belirtilerini ortaya çıkarttığı veya artırdığı, bazı çalışmalarda ise düzelttiği saptanmıştır (77).

Psikotik belirtileri için antipsikotik kullanan hastalar tedavi aldıktan sonra psikotik hastalarda tedavi sonrası obsesif-kompulsif semptomlar yaşayabilmektedir. Bu tedavi sonrası ikincil etkilerin, 5-HT_{2A} antagonist etkisinin getirdiği dopaminerjik aktivitedeki artışla ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Buna karşılık, antipsikotik ajanlarla obsesif kompulsif belirtilerde meydana gelen azalma D₂ reseptör antagonizması yoluyla dopaminerjik nöronların baskılanmasıyla bağlantılı olabileceğini ortaya koymuştur (76).

iii. Glutamat

Yapılan araştırmalarla OKB etiolojisinde seratonin ve dopamininin yanı sıra diğer nörotransmitter sistemlerin de rol aldığı gösterilmiştir. OKB'de kortikostriatal yolakta glutamaterjik hiperaktiviteye bağlı bir disfonksiyon olduğunu gösteren bazı kanıtlar mevcuttur (69). Sıçanlarla yapılan kinopirol verilerek OKB modeli oluşturulan bir çalışmada, kinopirol kaynaklı kompulsiyonların metabotropik glutamat mGlu5 reseptör antagonisti olan 2-metil-6-(fenil etinil) piridin(MPEP) tarafından inhibe edildiği gösterilmiştir ve bu reseptörlerin dopaminerjik sistem düzenleyicileri olarak işlev görebileceği öne sürülmüştür. (78).

Kortikostriatal glutamaterjik hiperaktivitesi olan transjenik farelerde OKB' ye benzer yaygın perseveratif davranışlar, kompulsif sıçrama, deri ve saç yolma ve tiklerin olduğu OKB benzeri davranışlar gözlenmiştir (79).

OKB hastalarında manyetik rezonans spektroskopisi ile yapılan ölçümlerde bu hastaların farklı beyin bölgelerinde anormal glutamat ve glutamin ölçümleri saptanmıştır (80). Glutamin, glutamat, homokaronsin ve GABA düzeylerini yansıtan glutamin (Glx) için OKB hastalarının striatularında artış görülmüş, bu artışın kortiko-striato-talamik-kortikal döngünün metabolik artışı ile uyumlu olduğu düşünülmüştür. Artmış Glx'in, SRRI tedavisine yanıt veren hastalarda normale döndüğü görülmüştür (81,82). OKB hastalarında BOS'ta glutamat düzeylerinin artmış olarak bulunması ise glutamat etkinliğinin aşırı artışıyla ilişkili en doğrudan kanıt olmuştur (83).

2.1.4.1.3 Nöroimmunolojik

Bir grup araştırmacı 1980'lerde özellikle streptokok enfeksiyonu olmakla birlikte enfeksiyöz bir hastalığı takiben obsesif kompulsif bozukluk ve/ veya tik bozukluğu gelişen bir grup çocuğu tanımlamışlardır. Bu grup için "Streptokok Enfeksiyonu İlişkili Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluk" yani PANDAS terimini kullanmışlardır (84).

A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonuna karşı oluşan antikorlar bazal ganglionlardaki doku antijenleri ile moleküler benzerlik sebebiyle çapraz reaksiyona girerek farklı nöropsikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (85). Pavone ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada PANDAS hastalarının %64'ünde pozitif anti-bazal gangliyon antikorları bulunurken, streptokok etkenine bağlı enfeksiyonu olup nöropsikiyatrik belirti göstermeyen kontrol grubunda bu oran %9 olarak bulunmuştur (86). PANDAS tanısı alan çocuklarda; erken ve ani başlangıç, enfeksiyonu takiben görülen alevlenmelerin olması ve epizodik olarak seyretmesi gibi özellikler dikkat çekmektedir (87). Erken başlangıçlı OKB'nin görüldüğü hastalarda kontrollerle kıyaslandığında akut romatizmal ateşe duyarlılığı gösteren belirteç olan B-lenfosit antijeni D8/17' nin daha yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır (88). Antibiyotik profilaksisi ile OKB/ tik belirtilerinin alevlenmesi veya yinelenmesinin azalması enfeksiyöz ajanların rolünü; PANDAS' lı çocukların tedavisinde plazmaferez ya da damar içi immünoglobülin verilmesiyle alınan sonuçlar immün sistemle ilişkili patolojinin varlığını desteklemiştir (89).

Multipl skleroz (MS), sistemik lupus eritematozus (SLE) ve tiroid disfonksiyonunun tümü OKB komorbiditesi ile ilişkilendirilmiştir ve SLE hastalarında yapılan bir araştırma, OKB

oranlarının genel popölasyondan 10-15 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir (90). Multipl sklerozlu kişiler üzerinde yapılan farklı bir araştırmada ise OKB görölme oranında artış olduğu bulunmuştur (91).

2.1.4.1.4. Nöroendokrinolojik Etmenler

Mevcut çalışmalardan elde edilen; OKB'nin pubertede başlaması, Bu hastalarda anti-androjen siproteron asetat tedavisi sonrası semptomların gerilemesi, OKB'nin doğumdan sonra başlaması ve menopoz sonrası görölme sıklığının artması gibi bulgular OKB etiyolojisinde hormonların da etkili olabileceğini düşündürmektedir. (92,93).

Kadın gonadal hormonları olan östrojen ve progesteronun, reseptörlerin ve kanalların ekspresyonunu ve nörotransmitterlerin kendisinin sentezini ve salınmasını düzenleyerek nörotransmisyonu modüle ettiği bilinmektedir. Bu hormonların OKB semptomları ile ilişkili olan serotoninin sinyalizasyonunu arttırarak OKB etiyolojisinde rol oynayabileceğine dair çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (94). Kompulsif davranışlar gösteren farelerde yapılan bir çalışmada, bu farelerde overiektomi sonrası cerrahi menapozla kompulsiyon benzeri belirtilerin arttığı ancak, normal farelerde overiektomi sonrası böyle bir etkinin görölmediği bildirilmiştir (95).

Gebeliğin üçüncü trimesterinden itibaren BOS'ta oksitosin seviyeleri yükselmektedir. CSF'deki oksitosin seviyeleri gebeliğin üçüncü trimesterinde yükselmeye başlamaktadır OKB semptomlarının %55,9'unun kötüleştiğini ve yeni vakaların %18,6'sının hamilelik sırasında başladığını belirtti. (96). Yapılan başka bir çalışmada bu hastaların BOS örneklerinde ölçülen oksitosin düzeyi sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Oksitosinin OKB tedavisinde etkinliğinin değerlendirildiği plasebo kontrollü çalışmalarda oksitosin verilen OKB hastalarının belirtilerinde düzelme gözlenmemiştir (96,97).

Farklı psikopatolojilerin etiyolojisinde rol oynadığı düşünölerek araştırılan bir diğer etmen de intrauterin androjen maruziyetidir. İntrauterin androjen maruziyetinin indirekt ölçümü için kullanılan yöntemlerden biri ikinci parmak uzunluğunun dördüncü parmak uzunluğuna oranıdır. Bu oranın OKB tanılı ocuk ve ergenler ile sağlıklı kontrollerde incelendiği bir çalışmada; OKB tanılı kızlarda bu oranın yüksek olduğu saptanmış ancak, bu fark tüm OKB grubunda ve erkek ocuk ve ergen OKB tanılı hastalarda gösterilememiştir (98).

2.1.4.1.5. Nöroanatomi

Ensefalit sonrası obsesif kompulsif ve Parkinson benzeri belirtiler gösteren ve striatal lezyonların eşlik ettiği hastaların olması OKB ile ilişkili nöronal devrelerin olabileceğine dair edinilen ilk kanıtlardır (62). OKB etiyojisini araştırmak amacıyla yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, bu bozuklukta kortiko-striato-talamo-kortikal(KSTK) devrelerin rolü olduğunu ortaya koymuştur. Bu devrenin frontal kortek ve subkortikal beyin bölgeleri arasında anatomik ve işlevsel olarak bağlantı oluşturduğu düşünülmektedir. KSYK devrenin ana yapısını orbitofrontal bölge, anterior singulat gyrus, talamus ve bazal ganglionlar oluşturmaktadır. Beyin ve talamus birbirleriyle sinyaller aracılığıyla iletişim kurarken, korteksin uyarıcı sinyaller gönderdiği striatum, talamusu uyarma veya inhibe etme yeteneğine sahiptir. Bu şekilde kortek ile talamus arasındaki karşılıklı sinyaller düzenlenmiş olur (99).

OKB hastalarında işlevsel görüntüleme çalışmalarında frontal ve subkortikal yapılarda aktivite fazlalığı saptanmış, bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve SSRİ ile tedavi neticesinde bu bölgelerin aktivitesine normale yaklaşma saptanmıştır. Fonksiyonel manyetik rezonans (fMRI) çalışmalarında, OKB semptomları ve bu bozuklukta nörolojik defisitler ile fMRI bulguları arasında bağlantılar saptanmış. Elde edilen bu sonuçlarla dorsolateral prefrontal kortek (DLPFK), arka beyin bölgelerinde aktivite farklılıklarının OKB’ de görülen nörolojik defisitler ve ilişkide oldukları bulgu örüntüleri ile bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür (100).

Yapısal merkezi sinir sistemi görüntüleme çalışmaları, özellikle bazal ganglionlar ve anterior singulat olmak üzere prefrontal-striatal-talamik devrenin bir parçası olan beyin bölgelerinde anormallikler olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmalardan elde edilen en tutarlı sonuç orbitofrontal kortekste hacim düşüklüğünün görülmesi olmuştur (101-103). Pediatrik OKB grubunda yapılan bir çalışmada kranial manyetik rezonans (MRI) ile belirgin olarak daha küçük striatal hacimlerinin olduğu gözlemlenmiş, striatal hacimlerin ise OKB semptom şiddeti ile ters korele olduğu belirlenmiştir (104). Yine aynı ekibin yaptığı başka bir çalışmada pediatrik OKB’li bireylerde ön singulat korteks hacimlerini daha büyük olarak tespit edilmiş, bu bulgunun OKB’deki ventral prefrontal korteks ve striatum arasındaki döngüde mevcut olan anormalliklerle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (105).

Watkins ve arkadaşlarının Pozitron Emisyon Tomografi (PET) ile OKB hastaları ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırdığı bir çalışmada, hasta grubunun OFK ve dorsolateral korteks gibi frontal bölgeler, parietal ve singulat girus ve insulasında glukoz metabolizmasında ve aktivasyonunda artış olduğu gözlemlenmiştir (106).

2.1.4.1.6. Nöropsikolojik

OKB'deki klinik görünüm ve nörobiyolojik etmenler arasında aracı fenomen olarak görülebilecek nöropsikolojik fonksiyonu değerlendiren çalışmalar; dikkat, bellek, planlama ve karar verme, bilişsel esneklik, inhibisyon ve sözel akıcılık gibi bilişsel işlevlere odaklanmıştır. Bu çalışmalar bazı alanlarda tutarlı bir şekilde nöropsikolojik fonksiyon bozukluklarına işaret ederken bazı alanlarda tutarsız sonuçlar ortaya koymuştur. Nöropsikolojik işlev çalışmaları, birbiriyle çelişen bulgulara rağmen OKB'de hafıza, dikkat değiştirme, reaksiyon inhibisyonu ve görsel-uzamsal yeteneklerin de içinde bulunduğu çeşitli bilişsel alanlarda anormallikler olduğunu göstermiştir. (107).

2.1.4.2. Psikososyal Etmenler

2.1.4.2.1. Psikanalitik Yaklaşım

Obsesif kompulsif bozukluk etiyolojisinde nörobiyolojik etkenlerin rolünün ortaya çıkmasıyla psikanalitik kuramların geçerliliği tartışılır hale gelmiştir. Takılıp kalınan haz kaynağına geri dönmeyi ifade eden regresyon, obsesif nevroz gelişimine katkıda bulunan birincil mekanizmadır. Obsesif nevrozlarda bu süreç, ödipal dürtü ve arzuların getirdiği şiddetli mücadeleye bağlı olarak anal-sadist aşamaya gerileme şeklini alır. Bu dönemde direnilen dürtü ve arzuların getirdiği kaygıdan kaçınılırken, gerileme sonucunda anal dönemden gelen çatışmalar ön plana çıkar (108).

OKB bireylerde anal dönemin belirgin özelliklerinden olan, nesnelere ve kişilere yönelik çiftdeğerli(ambivalan) duygular ve düşünceler ortaya çıkmaktadır. Bu durum her eylemde nefret ve sevgi arasında karışıklık yaşanmasına neden olmakta ve eyleme geçerken tereddüt ve kararsızlıklarla kendisini göstermektedir. Ayrıca bu kişilerde herhangi bir eylemde bulunmadan, bir olay hakkında sadece düşünerek o olayın gerçekleşebileceğine inanç gibi büyüsel düşünceler olabilmektedir. Yalıtma, yapma-bozma ve karşıt tepki kurma, OKB hastalarının bu fikir ve dürtülerle başa çıkmak için benimsedikleri ve anal dönem özelliklerinden olan üç temel savunma mekanizmasıdır. Bu mekanizmalar OKB belirtilerinin niteliğini belirlemektedirler (107).

Bastırma düzeneğinin uygulanamadığı durumlarda devreye giren bir diğer mekanizma ise yalıtmadır. Obsesif kompulsif nevrozlarda yalıtma mekanizması kullanılarak bireyin rahatsızlık duyduğu düşünceler, duygulardan yalıtımı sağlanarak bilinç düzeyine ulaşabilir. Benlik, sıkıntı yaratan düşüncüyü bilinçten uzaklaştırmakta başarısız olduğunda, yalıtma mekanizması ile duygularını o düşünceden uzaklaştırarak çağırışımlardan ayırır. Bu düzenek

başarılı bir şekilde gerçekleştirilebildiğinde, dürtünün duygusal bileşeni, düşünsel içerikten ayrıştırılarak bilinç dışına itilir.

Bu mekanizmayı kullanan kişi, dürtüsel riske karşı yeni savunmalar oluşturmak yerine, sanki mevcut tehlike her zaman varmış gibi tehlikeye karşı hazırlıklı bir tavır sergilemektedir. Karşıt tepki kişilikte oluştuktan sonra kalıcı olur. Ambivalansın bir sonucu olarak, iki karşıt duygudan biri aşırı yoğunlaşırken, diğeri kaybolmaktadır. Birey altta yatan dürtünün tam tersi bir tavrı bilinç düzeyinde sergiler. İçgüdüsel olarak kirli olmaya karşı koyan kişinin temizliğe, düzensizlik isteklerine karşı koyan kişinin düzenliliğe değer verme eğiliminde olduklarını fark etmek ilginçtir. (110).

2.1.4.2.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı model, Mowrer'in fobik korkunun geliştiği ve devam ettiği mekanizmayı açıklayan ve klasik koşullanma ve edimsel koşullanma süreçlerinden oluşan iki aşamalı teorisini kullanır. Bu kurama göre ilk aşamada, nötral nesne veya düşüncelerin anksiyete oluşturma yeteneğine sahip uyarılarla koşullanması sonucu obsesyonlar ortaya çıkmaktadır. Sonraki aşamada ise belirtilerin gelişimi tamamlanıp obsesyonların neden olduğu anksiyeteyi ortadan kaldırmaya yönelik kaçınma cevabını yani kompulsif eylemleri harekete geçirmektedir. Anksiyetenin azaltılması ise bu yanıtları azaltmaktadır (111).

Bilişsel davranışçı kuram, obsesif düşüncenin kaynağının normal zorlayıcı düşüncelerde yer aldığı, bu düşüncelerin klinik obsesyonlardan içerik olarak farklı olmadığı varsayımı üzerine kurulmuştur (112). Kurama göre; zorlayıcı düşünceler, imgeler, şüpheler ve dürtüler normal zihinsel aktivitelerdir. İstenmeyen zorlayıcı düşünceler oluştuktan sonra bu düşüncelerin klinik bir obsesyona dönüşüp dönüşmeyeceği kişinin değerlendirme şeklinde bağlıdır. Bilişsel olarak farklı değerlendirme biçimleri kavramsallaştırılmış ve yanlış değerlendirmelerden hangisinin obsesyon belirtisi olduğuna dair çeşitli bakış açıları geliştirilmiştir. Tüm bu farklı bakış açıları bir konuda hemfikirdir: gerekli ancak yeterli olmayan bir koşul olan yanlış değerlendirmelerin olmadığı durumlarda bile skompulsiyonlar ortaya çıkabilmektedir.

Salkovskis'in "abartılı sorumluluk modeli", obsesyonel eğilimleri olanlarda rahatsızlığın büyük bir kısmına neden olan faktörün, içeriğinden ziyade obsesyonel düşüncenin değerlendirilmesindeki bozulmanın olduğunu ileri sürmektedir. Bu modele göre, değerlendirme kavramının sorumluluk kavramıyla ilişkilidir. Bu nedenle, obsesif bozukluğu olan hastalar, zorlayıcı bilişin başlangıcını, önlem almazlarsa meydana geleceğini düşündükleri zarardan

sorumlu olabilecekleri konusunda bir uyarı olarak görürler (113). Zorlayıcı düşünceler ilk kez emosyonel olarak yansız şekilde ortaya çıkar; önceki yaşantısına bağlı olarak kişi tarafından yüksek düzeyde anlam ve kişisel sorumluluk ifade edecek şekilde yorumlanırsa, bu düşünceler obsesyona dönüşme potansiyeli taşımaktadır.

Obsesyonun patogeneğinde kritik önem taşıyan iki süreç sorumluluğun değerlendirilmesi ve yansızlaştırma etkinlikleridir. Obsesif bir düşünce, imge ya da dürtü yüksek kişisel sorumluluk olarak yorumlanırsa, bu düşünceler artmış anksiyete ile ilişkilendirilmekte ve sorumluluktan kurtulmaya yönelik çabalarla yansızlaştırma yanıtı oluşturmaktadır. Yansızlaştırma kavramı, yüksek düzeyde algılanan sorumluluğu azaltmayı hedefleyerek istemli olarak başlatılan, kompulsif davranışlar ya da ritüelize düşünceler olarak ortaya çıkabilen etkinlikler olarak tanımlanmaktadır (114). Bireyde yansızlaştırma yanıtları başlatıldığında kişi, bu yanıtın sorumluluk ve sıkıntıya azalmaya neden olduğunu algılayarak bu etkinlikleri devam ettirir.

Rachman tarafından ortaya konan ‘anlamın yanlış yorumlanması kuramı’ ise OKB’yi açıklamayı hedefleyen bir diğer modeldir. Bu modelin temel noktası, kişinin zorlayıcı düşünce, imge ve dürtüleri felaketleştirerek bunların anlamlarını yanlış yorumlanması sonucu obsesyonların ortaya çıkmasıdır. Bu anlam yanlış yorumlandığı sürece obsesyonlar devam etmekte, yanlış yorumlamalar ortadan kalktığında ise obsesyonlar azalmaktadır (115). Rachman ayrıca, diğer bilişsel süreçlerin yanlış yorumlamaya katkıda bulunarak obsesyonların patofizyolojisinde rol oynayabileceğini iddia ederek "düşünce-eylem kaynaşması" fikrini ortaya atmıştır. Rachman'a göre düşünce-eylem kaynaşması, hastanın düşüncelerinin korkulan olayın gerçekleşmesini daha olası hale getirdiği psikolojik bir fenomendir (116). Bu kişiler, istenmeyen benliklerine yabancı olan zorlayıcı düşünceler sonucunda olayların kişisel önemini ve sorumluluklarını yanlış yorumlarlar.

OKB patogeneğini açıklamayı amaçlayan bir başka model ise Clark tarafından ortaya konan “bilişsel kontrol” modelidir. Bilinç kontrol modelinde, kişinin bilinç düzeyinde girici düşünce, imge ya da dürtülerin yok edilmesinin gerektiğine inanması ve bu düşünceleri kontrol etmeye yönelik işlevsel olmayan mücadelesi, bu istenilmeyen düşünce, dürtü veya imgelerin yoğunluğunda artışa neden olmaktadır (117).

Lee ve Kwon'un otojen obsesyonlar ve reaktif obsesyonlar olarak iki grupta topladıkları obsesyonlar, bilişsel kuram çerçevesinde ele alındığında; otojen obsesyonları kontrol etmek, reaktif obsesyonlara göre daha zordur çünkü düşünceyi kendi içinde tehlikeli olarak algırlar. Öte yandan, reaktif obsesyonların kaygıyı, sorumluluk duygusunu ve tehlikeyi savuşturmak için açık ritüelleri artırdığı gösterilmiştir (118).

2.1.5. Klinik Özellikler

Obsesyon terimi; belirli bir düşünce, dürtü, imge veya bunların birleşiminden oluşan zihinsel materyalden kurtulamamayı ifade eder. Latince kuşatmak veya esir almak anlamına gelen "obsidere" kelimesinden türemiştir. Kişinin yaşamak istemediği bu zorlama ve zorlama deneyimin varlığı onu önemli ölçüde rahatsız eder. Kişi bunları düşünmemeye çalışarak, görmezden gelerek veya kompulsif davranışlarda bulunarak bu düşüncelerin, hayal veya zorlamaların olumsuz etkilerinden kurtulmaya çalışır (2).

Bir diğer önemli unsur kompulsiyon terimi ise latince "compellere" kelimesinden türeyen ve dilimizde zorlamak, köşeye sıkıştırmak anlamına gelmektedir. Kompulsiyonlar, bir obsesiyondan kaynaklanan ıstırap ve kaygıyı hafifletmek ve korkulan bir senaryodan kaçınmak için gerçekleştirilen yineleyici eylemler veya düşüncelerdir. (2).

Obsesif kompulsif bozukluk tedavi edilmediği takdirde belirtilerin azalıp artan tarzda devam ettiği; okul, ev ve sosyal yaşam gibi pek çok alanda bozulmalarla birlikte genellikle kronikleşme eğiliminde olan bir bozukluktur. Obsesyon ve kompulsiyonların belirti içeriği bireyden bireye farklılık gösterse de OKB’de yaygın olarak görülen belirti boyutları arasında; temizlik(bulaş obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları), simetri (simetri obsesyonları ve tekrarlama, sıralama ve sayma kompulsiyonları), yasak veya tabu düşünceler (örneğin, saldırgan, cinsel ve dini obsesyonlar ve ilgili kompulsiyonlar) ve zarar verme (örneğin kendine veya başkalarına zarar verme korkusu ve ilgili kontrol kompulsiyonları) yer almaktadır(4). Bazı çocuk ve ergenlerde ise duyuşal intolerans, başka bir kişiden istenmeyen bir karakter özelliği edinme korkusu veya başka insanlara dönüşme korkusu gibi atipik semptomlar görülebilmektedir (119,120).

Çocuk ve ergenler ile erişkinler obsesyon ve kompulsiyon içerikleri açısından karşılaştırıldığında bazı farklılıklar görülmekle birlikte, bu farklılıklar farklı gelişim evrelerine uygun içerikler şeklinde kliniğe yansımaktadır. Obsesif kompulsif bozuklukta belirti boyutlarının klinik görünümü üzerine yaşın etkileri ile ilgili sistematik bir değerlendirmede; çocuk ve ergen OKB’lerin yetişkin OKB’ye kıyasla daha sık saldırganlık/katastrofik obsesyonlar ve istifleme/biriktiricilik kompulsiyonlarının görüldüğü saptanmıştır. Aynı araştırmaya göre, ergenlerin dini ve cinsellikle ilişkili takıntıları, çocuklara ve yetişkinlere göre daha yaygındır. (121). Erken başlangıçlı OKB, bazı araştırmalarda daha sık çoklu obsesyon ve kompulsiyon, daha fazla tik benzeri kompulsiyon ve daha yüksek hastalık şiddeti ile ilişkilendirilmiştir. (122,123).

3-9 yaş ve 10-18 yaş grubundaki çocuk ve ergenlerde belirti şiddet ve dağılımının incelendiği bir çalışmada, belirti şiddeti açısından iki grup arasında anlamlı fark olmadığı ancak büyük çocuklarda obsesyon ve kompulsiyon yoğunluğunun ve kompulsif eylemler üzerinde kontrol ve dayanıklılığın daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca küçük yaş grubunda biriktirme kompulsiyonlarının küçük çocuklarda daha fazla olduğu; büyük yaş grubunda ise büyüsel düşünme, cinsel ve bedensel obsesyonlar ile sayma, kontrol etme kompulsiyonlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (124).

Çocuk ve ergenlerdeki OKB semptomları genel olarak erişkinlerdekine benzer olsa da erişkinlerle kıyaslandığında çocukların obsesyon ve kompulsiyonlarının semptomlarının aşırı olmadığına inandıkları ve semptomların yarattıkları sıkıntıyı inkâr ettikleri görülmüştür. Çocuğun gelişimsel düzeyi ile ilişkili olarak iç görü düzeyi çocuğun bulunduğu yaş grubuna göre değişebilmektedir. Bu nedenle OKB tanısı koyabilmek için çocuğun semptomlarını gerçekçi olmadığını düşünmesi veya anlamsız bulmasına gerek yoktur (5). İç görünün az olması hastanın belirtilerine daha az direnç göstermesine, ilaç ve tedaviye olan uyumunun bozulmasına ve yetersiz tedavi yanıtına sebep olmaktadır (125). Çocuk ve ergenlerde; düşük iç görü, belirtilerin saklanması, utanma, belirtilerin normal gelişim dönemine ait ritüellerden ayrımının zorluğu gibi etmenler nedeniyle bu hastalarda OKB tanısının konulmasını geciktirmektedir (4).

2.1.6. Alt Tiplerin Belirlenmesi

OKB hastalarının homojen gruplandırmalarının belirlenmesi, mekanizmaların aydınlatılması, prognoz belirlenmesine yardımcı olunması, tedavi yanıtındaki varyasyonların aydınlatılması ve yeni tedavi yöntemlerinin oluşturulması açısından çok önemlidir (126). Literatürde bu amaçla yapılmış pek çok alt tiplendirme çalışması yer almaktadır. Bu çalışmalar başlangıç yaşı, cinsiyet farklılıkları, belirti içeriği, tedaviye yanıt, eştanılar ve hastanın içgörü düzeyi gibi özelliklere dayanmaktadır. Bu tarz sınıflandırmalar hem klinik uygulamalarda hem de araştırmalarda hastalığı biyopsikososyal açıdan daha iyi anlamamızı sağlamaktadır.

Obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) başlangıç yaşının potansiyel bir belirteç olup olmadığını değerlendirmek için yapılan çalışmalarda OKB erken ve geç başlangıçlı OKB olmak üzere iki gruba ayrılmış ve erken başlangıçlı OKB'nin daha fazla çoklu obsesyon ve kompulsiyon çeşitleri ve daha yüksek hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (122,123). Erken başlangıçlı OKB'nin bozukluğun gelişimsel bir alt tipi olabileceğini öne süren çalışmalar erken başlangıçlı OKB'nin DEHB ve tik bozukluğu ile daha fazla komorbidite gösterdiğini ortaya koymuştur (127).

Bazı araştırmacılar OKB' de görülen komorbid durumları inceleyerek OKB alt gruplarını belirlemeye çalışmışlardır. Komorbiditeye göre yapılan alt tiplendirme çalışmaları içerisinde en sık araştırılan komorbidite Tourette Sendromudur. Bu alt grupta yer alan Tourette OKB hastalarının müdahaleci bilişler ve otonomik uyarılma yerine rahatsız edici dürtü ve duyuşal fenomenleri daha fazla deneyimlediğini ve duyuşal fenomenlerin Tourette Sendromunun eşlik ettiğı alt tip için belirleyici olabileceğı vurgulanmıştır. OKB' ye eşlik eden kişilik bozuklukları ise daha kötü tedavi sonucu ile ilişkilendirilmiştir (128).

OKB belirti içeriğı açısından zengin bir dağılıma sahiptir ve bu nedenle belirti yapısına dayalı ayırım, alt tip çalışmaları en sık uygulanan ayırlardan biridir. Semptom yapısının alt tiplendirilmesine ilişkin ilk çalışmalar yalnızca kompulsiyonlara odaklanmıştır ve aşağıdakiler, daha sonra faktör analizine dayalı çalışmalarda sıklıkla kullanılan OKB'nin bazı potansiyel fenomenolojik alt gruplarıdır:

- 1) Simetri obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları,
- 2) Biriktirme semptomları (obsesyon ve kompulsiyon)
- 3) Kirlenme obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları
- 4) Saldırganlık obsesyonları ve kontrol etme kompulsiyonları
- 5) Dini ve cinsel obsesyonlar (129).

Lee ve Kwon ise 2003 yılında obsesyonları otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayırmıştır. Otojen grupta yer alan obsesyonlar olarak adlandırılan grupta saldırganlık, dini ve cinsel temalı obsesyonlar yer almaktadır. Otojen obsesyonlar, daha rahatsız edici, daha tekrarlayıcı olan ve zihinde tezahür etmesi için daha az uyaran gerektiren takıntılardır. Bu kişiler obsesyonları hakkında daha az konuşmak istemektedirler. Reaktif obsesyonlar ise daha fazla dış uyaran tarafından tetiklenme eğilimindedirler. Bu grupta yer alan obsesyonlar olarak adlandırılan grupta kirlenme/bulaşma, kuşku, simetri/ düzen ve biriktirme obsesyonları yer almaktadır. Bu obsesyonlar, kişinin otojen obsesyonlara kıyasla daha az saçma bulduğu, daha az gizleme ihtiyacı duyduğu ve daha az rahatsız olduğu obsesyonlardır. (24). İki grubu klinik görünüm açısından değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada; otojen grupta temizleme kompulsiyonu, reaktif grupta ise zihinsel kompulsiyon daha az bulunmuştur. Otojen grupta en yaygın kompulsiyon %46.9 ile zihinsel kompulsiyon iken reaktif grupta %75.3 ile temizleme ve %44.2 ile kontrol kompulsiyonların mevcut olduğu bulunmuştur (130). İki grubun obsesyonel inançlar açısından değerlendirildiğı bir çalışmada, otojen grup düşünceye aşırı önem verme ile, reaktif grup ise belirsizliğe tahammülsüzlük, abartılı sorumluluk ve mükemmellitetçilik gibi işlevsel olmayan inançlarla daha fazla ilişkili

bulunmuştur (131). Bu sınıflandırmanın kişilik özellikleri ile ilişkisini inceleyen başka bir çalışmada ise otojen obsesyonlara sahip grup büyüsel düşünce gibi şizotipal kişilik özellikleriyle ilişkili bulunmuştur (132). İki grup cinsiyet, başlangıç yaşı ve komorbidite açısından karşılaştırıldığında otojen grupta erkek cinsiyetin daha fazla olduğu, hastalık başlangıcının daha geç olduğu ve dissosiyatif bozukluğun bu hastalarda eşanı olarak daha sık görüldüğü rapor edilmiştir (130). Otojen ve reaktif obsesyonların tedaviye yanıtlarını değerlendiren çalışmalar; otojen obsesyonların BDT' den daha fazla fayda gördüğünü, SSRI tedavisiyle otojen grubun obsesyon şiddetindeki azalmanın daha fazla olduğunu bildirmiştir (129, 133). Tedavisiz izlem çalışmasında ise otojen obsesyonların daha fazla remisyona girme eğiliminde oldukları gösterilmiştir (134).

Alt tiplendirme çalışmalarında en yaygın olarak araştırılan OKB belirti boyutlarından bir diğeri de en sık görülen semptomlar olmaları nedeniyle bulaşma/yıkanma boyutu ve şüphe/kontrol etme boyutudur. Literatürde yer alan genetik, nörogörüntüleme ve tedavi çalışmaları gibi çeşitli alanlarında yapılan araştırmalar, OKB'lerde yıkayıcılar (washers) ile kontrol ediciler (checkers) olarak iki grubu karşılaştırmıştır. Yıkayıcılar, müdahaleci kirlenme düşüncelerini, korku ve tiksinti duygularını ve ritüelleştirilmiş yıkama ve temizleme davranışını içermektedir. Kontrol ediciler ise zarardan kaçınma düşüncelerini, patolojik şüpheyi ve örneğin kilitli kapıları ve kapalı ocakları veya ütülerini tekrar tekrar kontrol etmeyi içerir. Her iki grupta da obsesyonel düşünceler belirgin bir sıkıntıya, zaman alıcı kompulsif davranışlar ise günlük yaşamda önemli bozulmalara yol açmaktadır (135). Yıkayıcıların korkuları, kontrol edicilere kıyasla daha fazla çok çevresel uyaranlar tarafından tetiklenmektedir. Kontrol ediciler ise daha çok gelecekteki zararları önleme endişesine odaklanmaktadır. Ayrıca yıkayıcılar, kontrol edicilere göre daha fazla pasif kaçınma sergilemektedirler (136).

Komorbid hastalıklar açısından iki grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada, baskın yıkama semptomları olan hastalarda yeme bozukluğu riski artarken, baskın kontrol etme davranışı olan hastaların depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu eş tanısı açısından daha yüksek risk altında olduğu öne sürülmüştür (137). Bu sınıflandırma SSRI ve BDT' ye yanıt açısından da belirleyici rol oynamaktadır. göstermektedir. Baskın kompulsiyonu yıkama olan olgular baskın kompulsiyonu kontrol etme olan olgularla karşılaştırıldığında; yıkayama kompulsiyonları olan grubun semptomlar başlamadan önce daha fazla tiksinti hissetmeleri nedeniyle daha fazla terapi seansına ihtiyaç duydukları bilinmektedir (138).

Yıkama ve kontrol semptomlarının baskın olduğu OKB hastalarının nöropsikolojik bozulma açısından birbirlerinden farklı olup olmadığını inceleyen bir meta-analizde; dikkat, yürütücü işlevler ve bellek gibi bilişsel alanlar değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları

yıkama kompulsiyonu olan grubun nöropsikolojik görevlerin çoğunda ve bilişsel alt alanların çoğunda kontrol etme kompulsiyonları olan gruptan daha iyi performans sergilediğini göstermiştir (139).

2.1.7. Tanı

DSM-III ve DSM-IV’de “Anksiyete Bozuklukları” arasında yer alan 2013 yılında DSM-V’ in kullanıma girmesiyle “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında sınıflanmıştır.

DSM-5’te OKB aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

“A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı: Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. 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.

2. 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) (1) ve (2) ile tanımlanır:

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

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

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

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

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

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi 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 bozukluklarında 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 hastalığın olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranın 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 bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır.

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

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

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.” (2).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) tarafından yayınlanan “Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-10 (ICD-10) da ise OKB tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

“Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır.

A. Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.

B. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.

C. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunal tının giderilmesi söz konusudur).

D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.”
(140)

2.1.8. Eştanılar

OKB tanılı çocuk ve ergenlerin yaklaşık olarak %80’inde bir veya birden fazla komorbiditenin bu bozukluğa eşlik ettiği saptanmıştır (141). Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsünün örnekleminde; OKB’ye başka psikiyatrik bozuklukların eşlik etme oranının %75 olduğu görülmüştür. En sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar; tik bozukluğu (%30), majör depresyon (%26) ve özgül öğrenme güçlüğü (%17) olmakla beraber basit fobiler (%17), yaygın anksiyete bozukluğu (%16), uyum bozukluğu (%11), DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) (%10), KOKGB (karşıt olma karşı gelme bozukluğu) (%7), ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%7) ve enürezis/ enkoprezisin (%4) de eşlik ettiği tespit edilmiştir (142).

Anksiyete bozuklukları ve majör depresif bozukluk (MDB) tanılarının ergen başlangıçlı OKB’de daha yaygın olduğu, oysa çocukluk başlangıçlı OKB’nin tik bozuklukları ve DEHB ile daha sık bağlantılı olduğu gösterilmiştir. (143). Peris ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocukluk çağına kıyasla depresif bozukluğun ergenlik döneminde altı kat daha fazla ortaya çıkma olasılığı olduğu saptanmıştır(144).

Tikler, OKB’ye çok sık eşlik edebilen ve özellikle kompleks tiklerin kompulsiyonlara benzerliği nedeniyle OKB’nin ayırıcı tanısında yer alan önemli bir bozukluktur. Bu ayırım tiklerin istemsiz orta çıkması, kompulsiyonların ise anksiyeteyi azaltmaya yönelik bilinçli olarak yapılması ve bir kurala göre gerçekleştirilmesi ve çoğu zaman daha ayrıntılı olması ile yapılabilmektedir (145). OKB ve tik arasındaki yüksek komorbidite tiklerle ilişkili OKB alt grubunun tanımlanmasına neden olmuştur. Tiklerle ilişkili OKB alt grubu daha erken başlangıç, erkek cinsiyet baskınlığı ve tedaviye daha kötü yanıtla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca bu alt grubun birinci derece yakınlarında subklinik OKB ve tik bozukluğu riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (123,146).

8 yaş ve üzeri OKB tanılı çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %20,5’inin aynı zamanda nörogelişimsel bir hastalığa da sahip olduğu bildirilmiştir(147) Bradshaw ve Shephard, OKB’yi DEHB, otizm ve şizofreni ile aynı başlıkta toplayarak “nörogelişimsel frontostriatal bozukluklar” olarak adlandırmış, bu bozuklukların birbirleri ile yüksek derecede komorbidite gösterdiğini ve hangisinin baskın olarak ortaya çıkacağını, genetik yatkınlıklar ve çevresel beklenmedik durumların bir sonucu olarak frontostriatal sistemin nasıl tehlikeye girdiğine bağlı olabileceğini belirtmiştir (148). OKB’ de, DEHB’deki

hipoglutamaterjik durumun tersine hiperglutamaterjik bir durumun söz konusu olduğu ve her iki bozuklukta da prefrontal bölgede kan akışı ve metabolizma hızında artış olduğu öne sürülmüştür (149). Bunlara ek olarak, KSTK yolaktaki aşırı aktivasyonun ya da ketlenmenin her iki hastalığın patofizyolojisinden sorumlu olabileceği bildirilmiştir (150).

Ek tanıların ortaya çıkma yaşına göre çocukluk ve ergenlik döneminde olmak üzere iki gruba ayrılarak incelendiği bir çalışmada, yıkıcı davranış bozukluklarının ergenlik öncesi yaş grubunda, depresif bozuklukların ergen yaş grubunda daha yaygın olduğu bulunmuştur. Aynı araştırmaya göre tik bozukluğu olan grupta yıkıcı davranış bozukluklarının daha yaygın olduğu gösterilmiştir (151). OKB'de eşanı ve cinsiyet arasındaki bağlantıya odaklanan çalışmanın bulguları, içe yönelim bozukluklarının kadınlarda, dışa yönelim bozukluklarının erkeklerde daha yaygın olduğunu ortaya koydu (152).

OKB'nin belirti boyutu ile eşanı ilişkisini inceleyen birçok çalışmada; saldırganlık, dini, cinsel, somatik obsesyonlar ve kontrol kompulsiyonları depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları ile farklı şekillerde ilişkilendirilmiştir (153). Bu konuda yapılan geriye dönük bir derleme çalışmasında, simetri/düzen belirtileri olan OKB hastalarının tik bozukluğu, bipolar bozukluk, OKKB, panik bozukluk ve agorafobiye sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (154). Başka bir çalışmada, baskın semptomları bulaş/temizleme olan OKB hastalarında yeme bozukluğu olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (155).

OKB' de tedaviye yanıtızlık genellikle komorbid durumların varlığını ile ilişkilendirilmiş, bu hastalarda özellikle bipolar bozukluk (BB) ve DEHB gibi komorbid durumların yaygın olduğu belirtilmiştir. OKB' ye eşlik eden duygudurum bozukluğu varlığında ise OKB' nin klinik prezentasyonunun güçlü bir şekilde etkilendiği ve komorbid depresyon varlığının kompulsiyonlardan ziyade obsesif belirtilerle ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca BB eştanısı varlığında bu hastalarda saldırganlık, cinsel, dini obsesyonlar gibi otojen obsesyonlar ve kuşku obsesyonlarının daha sık görüldüğu saptanmıştır. (156). Özetle, OKB' de komorbidite varlığı ile OKB'de seyir daha da kötüleşebilmekte, OKB' deki semptom şiddeti ve sayısı gibi faktörleri etkileyerek hastalık yükünü arttırabilmekte ve klinik prezentasyon üzerinde etki gösterebilmektedir.

2.1.9. Klinik Seyir ve Prognoz

Takip araştırmalarının sonuçlarına göre OKB, tipik olarak çocukluk ve erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkan kronik bir psikopatolojidir. Yörüngesi, semptomların alevlenme ve remisyon aşamalarını içerir. Bu takip çalışmalarına göre, 3,5 yıl sonra çocukların yaklaşık

yarısında hala OKB belirtileri görülürken, diğer üçte birinde epizodik bir seyir, diğer üçte ikisinde ise kronik bir seyir izlenmektedir (157). OKB'nin klinik seyrinde semptomlarda zamanla gelişimsel etkiler gözlenmekte olup OKB tanılı çocuklardan oluşan bir klinik örneklemede gelişimsel döneme duyarlı bulunan ilk semptomların %90'nın zamanla farklı obsesyon ve kompulsiyonlara dönüştüğü belirtilmiştir (142). OKB tanılı ergenlerle yapılan bir çalışmada, ilkokul döneminde sayma ve simetri belirtilerinin yaygın olduğu görülürken, erken ve orta ergenlikte bunların yerini yıkama kompulsiyonlarının aldığı tespit edilmiştir (158).

Meta-analiz çalışma verilerine göre OKB için kötü prognostik faktörler arasında erken başlangıç, başlangıçta daha uzun bir hastalık süresi ve ilk verilen tedaviye yanıtızlık, eşlik eden duygudurum bozuklukları, tik bozuklukları ve yıkıcı davranım bozukluklarının olması gibi faktörler yer almaktadır. Ayrıca ilk tedaviden sonraki semptomların şiddeti, son noktada daha fazla OKB belirti şiddeti ile ilişkilendirilmiştir (159).

OKB'de prognozla ilişkili olarak erken tanı ve tedavinin önemli olduğu, tedaviye başlamada meydana gelen gecikmenin uzun vadede gelişim ve işlevsellikte bozulmalarla birlikte kronik ve epizodik bir seyre neden olabileceği bildirilmiştir. OKB hakkındaki sınırlı farkındalık tanı ve tedavinin gecikmesine ve hastalığın daha kötü seyretmesine neden olabilmektedir. Çocukların çoğunda bilişsel davranışçı terapi ve SSRI'ların birlikte yer aldığı disiplinler arası bir yaklaşımla anlamlı bir iyileşme görülmektedir (160).

2.2. Duyusal İşleme

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Duyular, bireyin kendi bedeni ve çevresiyle ilgili bilgileri sağlaması ve günlük yaşam aktivitelerine katılımında önemli bir role sahiptir (161) . Duyusal girdiye uygun mental ve motor yanıtlar oluşturacak şekilde işlemek merkezi sinir sisteminin önemli fonksiyonlarından biridir. Bu duyusal girdiler beş duyu organından gelen özel duyular, visseral duyu, vestibüler duyu veya ağrı, sıcaklık, kaşıntı ve propriyosepsiyon gibi somatik duyular olabilmektedir (162). Merkezi sinir sistemi günlük yaşamda bu girdilerin %99'dan fazlasını önemsiz bulduğu veya uygun bulmadığı için işlemez. Bir duyusal girdi önemli olarak değerlendirildiğinde ise adaptif yanıt oluşturmak için beynin uygun bütünleyici ve motor bölgeleri aktif hale gelmektedir (163).

Duyusal işleme, bilinçli farkındalık olmadan bireyin çevresinden aldığı ve kendi bedeninden aldığı duyusal girdilere emosyonel, bilişsel, davranışsal ya da sosyal yanıtlar ortaya çıkarmasıyla sonuçlanan nörolojik ve döngüsel bir süreci ifade etmektedir. Bu döngü gelen uyarıcının ilgili duyu organının reseptörleri aracılığıyla merkezi sinir sistemine iletilmesi ile

başlar. Duyusal işleme, duysal girdilerin kaydedilmesi, birbirinden farklı girdilerin kendi içinde birbirinden ayrıştırılması, düzenlenmesi ve organizasyonu gibi aşamalardan oluşmaktadır (164).

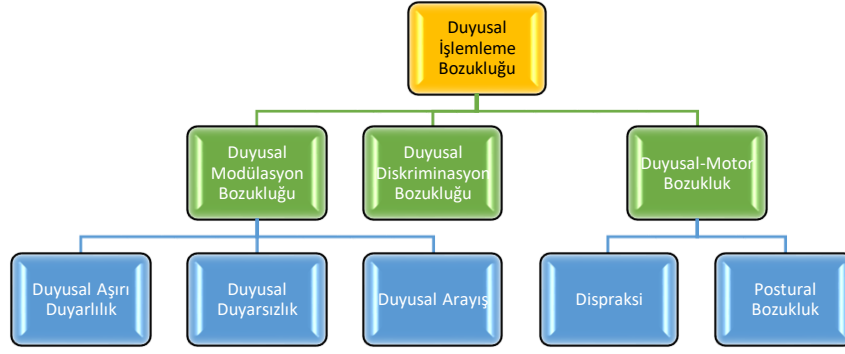
Duyu Bütünleme Teorisi ilk olarak 1968 yılında Dr. A. Jean Ayres tarafından ortaya atılmıştır. Ayres bu teoride; hedef motor veya bilişsel becerileri tam olarak gerçekleştirebilme yetisine sahip olunabilmesi için insan beyninin hem kendi bedenine hem de dış dünyaya ilişkin tam bir farkındalık halinde olması gerektiğini savunmuştur (165). Duyusal bütünlemenin amacı, belirlenen eksikliklere veya atipik davranışlara dayalı olarak uygun müdahaleleri planlamak ve seçilen müdahalelerin sonuçları ve davranışı nasıl etkileyeceğini tahmin etmektir. Duyusal bütünlemenin bir "beyin-davranış" ilişkileri teorisi olduğu düşünülmektedir. Beyin ve davranış arasındaki ilişkiye dayanan bu teori üç bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenlerden ilki tipik duysal işleme becerilerinin tanımı ve gelişimini içermektedir. İkinci bileşen bu süreçte meydana gelen sorunların yani duysal işleme bozukluklarının ele alınması, son bileşen ise müdahale programlarının oluşturulmasıdır (161). Duyu bütünleme teorisi, merkezi sinir sistem anomalisi veya yaralanmasının olmadığı durumlarda davranış ve öğrenmede motor koordinasyon bozuklukları ve zayıf duysal modülasyon gibi hafif ve orta seviyedeki problemleri açıklamaktadır (161).

Ayres'in Duyu Bütünleme Teorisi daha sonraki yıllarda ergoterapi ve diğer alanlarda yapılan birçok çalışmanın yapılmasıyla zenginleştirilmiştir. 1994 yılında Winnie Dunn tarafından ortaya atılan duyu profili kavramı kişilerin duysal işleme şekillerini tarifleyerek standardize ölçüm metotlarının gelişmesine olanak sağlamıştır. Böylece danışana özgün duyu bütünleme müdahale yöntemlerinin geliştirilmesinin yolu açılmıştır (166,167)

2.2.2. Duyusal İşleme Bozuklukları

Duyusal işleme bozukluğu (DİB) , duyu sistemlerinden alınan bilginin modülasyonu ve organizasyonundaki zorluklar olarak tanımlanmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı olması nedeniyle DSM-5'te tanı olarak yer almamıştır. Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Ruh Sağlığı ve Nörogelişimsel Bozukluklar El Kitabı (DC:0-5)'nda yeni bir tanı olarak sunulmuştur (168).

Duyusal İşleme Bozukluklarını açıklamak için iki yaygın model kullanılmaktadır. Bunlardan ilki Miller ve arkadaşları tarafından ortaya konmuştur. Bu model; duysal modülasyon, duysal diskriminasyon bozukluğu ve duysal-motor bozukluk olmak üzere üç ana başlıkta toplanmıştır (169).



Şekil 2.1. Duyusal İşleme Bozukluğu Sınıflandırılması (Miller ve ark 2007)

Dunn yılında 1000’den fazla çocuktan elde ettiği verilere dayanarak, bir kişinin sinir sistemi işlevleri ile öz düzenleme stratejileri arasında bir ilişki olduğunu ve bu işlevlerin etkileşiminin duyuusal arayış, duyuusal hassasiyet, düşük kayıt ve duyuusal kaçınma olmak üzere dört temel duyuusal kalıbı oluşturduğunu varsaymıştır (167). Dunn ve arkadaşları, daha sonra duyuusal işlemenin temel kalıpları hakkındaki bu hipotezleri diğer yaş gruplarıyla ve belirli özel gereksinimleri olan ve olmayan gruplarda test etmişlerdir. Araştırmaları neticesinde, bu duyuusal işleme kalıplarının bebeklikten ileri yetişkinliğe kadar her yaş grubunda meydana geldiğini ve OSB, DEHB, yaygın gelişimsel bozukluk tanıları olan bireylerin gibi normal gelişim gösteren akranlarına göre hem daha belirgin hem de daha yoğun duyuusal işleme modellerine sahip olduklarını gözlemlemişlerdir (170).

Nörolojik eşik, bir sinir hücresinin veya bir sistemin etkinleşmesine neden olacak yeterli girdinin olduğu nokta olarak tanımlanmakta olup duyuusal işlemelemeyi anlamak için önemli bir kavramdır. Bir uyarıcı eşik tetikleyecek kadar kuvvetli olduğunda aktivasyona oluşmasına neden olmaktadır (171). Dunn tarafından ortaya konan bu duyu işleme modelinde Duyusal İşleme Bozuklukları, uyarıcının algılanma eşikğine göre yüksek duyuusal eşik ve alçak duyuusal eşik; uyarıcıya verilen davranışsal cevaba göre aktif veya pasif davranışsal cevap olarak değerlendirilmektedir. Duyu profiline göre düşük nörolojik eşikğe sahip kişiler nöronlarının ateşlenip reaksiyon göstermesi için düşük yoğunlukta uyarıcıya ihtiyaç duymaktadır. Bu kişiler duyuusal uyarıcıları hızlı bir şekilde anlamlandırarak karşılığında bir yanıt oluştururlar. Bunun tersine yüksek nörolojik eşikğe sahip kişiler ise aynı cevabı oluşturabilmek için daha yüksek uyarıcıya ya da aynı uyarıcıya cevap oluşturabilmek için daha uzun süreye ihtiyaç duymaktadırlar (172).

Nörolojik eşik kavramından sonra anlaşılması önemli olan ikinci bir yapı ise süreklilik gösteren ve davranışsal bir yapı olan öz-düzenlemedir. Sürecin bir ucunda, kişilerin pasif bir

stratejisi vardır; etraflarında bir şeylerin olmasına izin verirler ve sonra tepki verirler. Örneğin, bir çocuk oyun sırasında oyun alanındaki tüm rastgele seslerden dolayı sinirlenebilir ve çocukların arasında oturmaya devam edebilir. Çocuğun tüm seslerden rahatsızlık duymasına rağmen bu gürültülü oyun alanında kalması pasif bir öz düzenleme stratejisidir. Sürecin diğer ucunda ise kişiler aktif bir strateji kullanır. Bu kişiler kendileri için mevcut olan girdi miktarını ve türünü kontrol etmek için bir şeyler yapma eğilimindedirler. Örneğin, diğer çocukların arasında oynayan aynı çocuk, ses bunalıcı hale geldiğinde daha sessiz bir yere doğru emekler. Daha yönetilebilir miktarda duyuusal girdi elde etmek için kişinin pozisyonunu ayarlaması aktif bir öz düzenleme stratejisidir (171).

		Davranışsal Tepki Süreci	
		Uyum (Accordance)	Etkisizleştirmek (Conteract)
Nörolojik Eşik	Yüksek eşik (aşırı engelleyici)	Düşük Kayıt (3. çeyrek) Duyusal uyarınları kaçırma, düşük düzeyde yanıt verme, yavaş yanıt verme	Duyusal Arayış (4. çeyrek) Duyusal uyarılardan hoşlanma ve çevrede duyu arayışı içinde olma
	Düşük eşik (aşırı duyarlı)	Duyusal Hassasiyet (1.çeyrek) Duyumla birlikte rahatsızlık duyma	Duyusal Kaçınma (2. çeyrek) Uyarandan kaçmak için sergilenen kasıtlı davranışlar

Şekil 2.2. Dunn’ın Duyu İşleme Modeli

Duyu profilinde her bir çeyrek nörolojik eşik ile davranışsal cevabın etkileşimi sonucuna göre tanımlanmıştır. Birinci çeyrekte yer alan duyuusal hassasiyet düşük nörolojik eşiği temsil etmekte olup; duyuyla gelen rahatsızlık ve uyarana karşı yoğunlaşmada zorluk bu çeyreğin özellikleridir. İkinci çeyrek uyarılara maruz kalmayı kısıtlayan davranışları içeren duyuusal kaçınma olarak adlandırılır. Üçüncü çeyrekteki düşük kayıt yüksek eşiğe verilen davranışsal cevapları yansıtmaktadır. Eşiklerinin yüksek olması nedeniyle diğer insanların

önemsediği şeylere dikkat etmekte zorlanmaktadırlar. Çünkü bu bireyler aynı zamanda zayıf öz düzenleme becerilerine sahiptirler. Olayları kaçırmazlar ve daha fazla duyusal girdi almak için hiçbir eylemde bulunmazlar. Bu çocuklar sıkılmış, çevrelerine karşı ilgisiz veya diğer insanların onlara nasıl tepki verdiğine kayıtsız görünebilmektedirler. Son olarak dördüncü çeyrekte yer alan duyusal arayış ise yüksek nörolojik eşik karşı davranışlar olup bu kişiler yüksek tatmin duygusu sağlayan uyardan zengin duyusal çevre ve davranışlara sahip olmayı hedeflemiş olurlar (172).

Aron, kalıtsal bir mizaç özelliği olarak tanımladığı Duyusal İşleme Hassasiyeti (DIH) kavramını ortaya koymuştur. Temel olarak, bir kişinin sosyal ve fiziksel çevrelerindeki içsel veya dışsal kaynaklı uyarıları (duygusal veya davranışsal) alma, anlama ve bunlara tepki verme kapasitesinin hassasiyeti olarak tanımlanmaktadır. DIH sadece ağrı, acı, açlık gibi içsel ya da yüksek ses, parlak ışık gibi dışsal uyaranlara karşı değil; neşe, üzüntü, kaygı gibi duygulara karşı da geliştirilebilmektedir. Duyusal eşik seviyeleri daha düşük olduğu için, duyusal işleme duyarlılığına sahip bireyler, yüksek duygusal yükleri diğer insanlara göre daha güçlü hissetmektedirler. Böylece DIH' e sahip kişiler olay ve durumlar karşısında uygun davranış ve duygusal tepki geliştirmekte zorlanmaktadırlar (173,174).

Aynı duyular tipik olarak bireyler arasında aynı tip uyaranlarla tetiklenmesine karşın, duyusal uyaranların bireysel olarak işlenmesi büyük ölçüde farklılık göstermektedir. Bazı insanlar çevreden gelen uyaranlara güçlü bir şekilde tepki verirken, diğerleri neredeyse hiç tepki vermez. Bu fenomen, uyaran yoğunluğundaki değişikliklere tepki verme derecesi olarak tanımlanan duyusal hassasiyetteki bireysel farklılıklarla açıklanmaktadır (175). Duyusal hassasiyetteki bireysel farklılıklara genel algısal tepkisellik, kapılama (uyaranları filtreleme yeteneği) ve alışkanlık (tekrarlanan uyaranlara maruz kaldığında duyusal tepkinin ne kadar hızlı azaldığı) gibi çeşitli faktörler katkıda bulunmaktadır. Yakın zamanda duyusal hassasiyetin orta derecede kalıtsal bir özellik olduğunu öne süren bir ikiz çalışmada, duyusal hassasiyetteki varyasyonun %47'si kalıtsal genetik varyantlarla açıklanmıştır (176). Bu, duyusal işleme ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkinin altta yatan ortak genetik etkilerle açıklanabileceğini gösteren çalışmalar ile uyumludur (177).

DSM' nin 2013 yılındaki son baskısında (2) duyusal hassasiyetin OSB' nin çekirdek özellikleri arasında yerini alması nedeniyle bu alanda yapılan çalışmalarda daha çok OSB' deki duyusal özellikler ve bu duyusal özelliklerin klinik prezentasyondaki etkisine odaklanılmıştır. Yapılan son araştırmalar ise duyusal hassasiyetin DEHB ve anksiyete bozukluğu gibi pek çok psikiyatrik hastalıkla hem eş zamanlı hem de bağımsız olarak ortaya çıkabileceğini göstermiştir (178-180). 7-11 yaş arası çocuklarda yapılan bir çalışmada, ebeveyn

tarafından derecelendirilen duyuusal hassasiyet, bir dizi çocuk ruh sağığı sorunuyla ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada, duyuusal hassasiyet ile en güçlü ilişki içşelleştirme semptomlarıyla saptanmıştır (181). Yakın tarihli bir çalışmada Burgard ve arkadaşları, 9-18 yaş arası gençlerde duyuusal hassasiyetin depresyon ve anksiyete ile anlamlı ve orta düzeyde ilişkili olduğunu bulmuştur (182).

OSB ve duyuusal işleme bozukluğunu inceleyen çalışmalar, bu hastalarda mevcut olan duyuusal hassasiyet gibi atipik duyuusal işleme süreçlerinin zayıf uyumsal işlevsellik ve artmış dikkat sorunları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (183). Bununla birlikte, başta anksiyete bozukluğu ve OSB olmak üzere davranış sorunları olan çocuklarda yüksek düzeyde duyuusal hassasiyetin olduğu ve duyuusal hassasiyet için risk altında olduğu belirlenen çocukların, risk altında olmayan çocuklarına göre daha fazla davranış sorunları sergilediğı belirtilmiştir (184). Nörogelişimsel bozukluklar içinde yer alan tik bozukluğunda da duyuusal hassasiyetin yaygın olduğu bilinmektedir. TS örnekleminde yapılan bir çalışmada, komorbid DEHB tanısı olan çocuklarda tek başına TS olan çocuklara göre daha fazla duyuusal işleme bozukluğu görüldüğünü ortaya konmuştur (185). Erişkin TS tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada ise cinsiyet, tik şiddeti ve DEHB semptomları gibi değişkenler kontrol edildiğinde bile bu hastalarda duyuusal hassasiyet obsesif- kompulsif semptom yüküyle korelasyon göstermiştir. Aynı çalışmada tiklerden önce meydana gelen duyuusal fenomenlerin duyuusal hassasiyet ile korelasyon gösterdiği de vurgulanmıştır (186).

2.2.3. Duyusal Hassasiyet ve OKB

"Duyuusal fenomenler", genel olarak tekrarlayan davranışlardan önce meydana gelen algılar, duyular veya dürtüler olarak tanımlanmakta olup OKB hastalarında yaygın olarak görülmektedir. OKB hastalarında görülen duyuusal fenomenler içsel gerginlik, "henüz tamam değil" deneyimi ve bedensel duyuları içeren, rahatsızlık hissine neden olan klinik bir durumdur (187,188). OKB tanılı yetişkinlerin yaklaşık %65'inin tekrarlayıcı davranışların öncesinde duyuusal fenomenler yaşadığı ve bu duyuusal fenomenlerin kompulsif davranışları yönlendirdiğini bilinmektedir (189).

Hazen ve arkadaşları tarafından sunulan altı pediatrik vakada müdahaleci düşünceler, imgeler veya fikirlerden ziyade duyuusal hassasiyetin birincil obsesif-kompulsif semptom olduğu rapor edilmiş, bu hastaların kompulsiyonlarını takıntılı sıkıntıya bir tepki olarak değil, duyuları rahatlatmak için gerçekleştirdikleri ileri sürülmüştür. Bu vaka serisinde; bazı giysiler, dokular, sesler ve kokular gibi gerçek çevresel duyuusal uyaranların OKB ile ilişkili sıkıntı ve

bozukluğu tetiklediği bildirilmiştir. Bu vakalarda görülen duysal kaçınma davranışlarının ise, obsesif düşüncelerin yokluğunda ortaya çıkan birincil belirtiler olduğu vurgulanmıştır (190). Duysal işleme, hatırlanan çocukluk ritüelleri ve obsesif kompulsif semptomlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada genel olarak günlük duysal olaylara ve özel olarak oral ve dokunsal aşırı duyarlılığa karşı güçlü tepkilerin çocukluk ritüelleri ve yetişkinlikteki obsesif kompulsif semptomları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (191).

OKB'nin, bir tür koku, tat ve dokunsal aşırı duyarlılık olarak görülebilen aşırı iğrenme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu aşırı tiksintinin, genellikle temizliğe ve kirlenmeden kaçınmaya odaklanan ritüellere yol açtığına inanılmaktadır. İğrenme, nesnelerin ve olayların kirlenmedeki potansiyel rolleri açısından değerlendirilmesini içerir ve OKB, muhtemelen bu değerlendirme sürecinin işlevsizliğini içermektedir (19).

Duysal hassasiyetle ilgili olarak, mevcut literatür, beden odaklı tekrarlayıcı davranışlar da dahil olmak üzere obsesif kompulsif bozuklukla ilişkili bozuklukların, yüksek somatik aktivite algılarıyla (örneğin, kafa derisinin kaşınması) ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Çeşitli beden odaklı tekrarlayıcı davranışlar (örneğin, deri yolma, saç yolma/trikotillomani) gösteren bireyler, bu davranışları sergilemeyen bireylerle karşılaştırıldığında, somatik duymalara ilişkin önemli ölçüde daha yüksek farkındalık sergilemektedirler (192). Çeşitli duysal uyarılara karşı karşılaştırılabilir hiperfarkındalık göz önüne alındığında, duysal hassasiyetin obsesif-kompulsif ile ilgili bozukluklara yayılan ortak bir konu olabileceği görülmektedir.

OKB'si olan gençlerde duyu profilinin incelendiği bir çalışmada gençlerin üçte birinin dokunsal duysal hassasiyet ile başvurduğu, tat/koku alma ve görsel/işitsel duysal hassasiyetin bu gençlerin beşte birinde mevcut olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarında obsesyonlarla kıyaslandığında duysal hassasiyetin kompulsiyonlarla daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu; duysal hassasiyetin büyüklüğü ile kompulsiyonların şiddeti, genel OKB şiddeti ve OKB ile ilişkili bozulma arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Obsesyonların şiddetiyle böyle bir ilişki ortaya konamamıştır (20). OKB teşhisi konan yetişkinlerin duysal özelliklerini incelemek için Adolesan/ Yetişkin Duyu Profilinin kullanıldığı bir çalışmada; bu hasta grubunun duysal hassasiyet ve duysal kaçınma alt ölçeklerinde yüksek puan aldıkları gösterilmiştir. Duysal kaçınma alt ölçeğinde alınan yüksek puanlar ve OKB'de sık görülen kaçınma davranışları göz önünde bulundurulduğunda duysal işlemede yaşanan sorunların kaçınma davranışlarına neden olabileceğini düşündürmektedir (193).

7-18 yaş OKB'lerin aynı yaş grubundaki anksiyete bozukluğu olan hastalar ve sağlıklı kontrollere kıyaslandığı yakın tarihli bir çalışmada, OKB hastalar ve sağlıklı kontroller arasında duyu profilinin tüm alt ölçeklerinde anlamlı fark saptanmış, anksiyete bozukluğu olan grupla

aralarında anlamlı fark bulunamamıştır. Aynı çalışmada semptom boyutunun duyusal faktörlerle ilişkisi incelenmiş ve simetri/düzen semptomu duyusal faktörle istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur (194). Bu bulgular birlikte ele alındığında atipik duyusal deneyimlerin OKB'yi anlamada önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak duyusal hassasiyetin OSB ve DEHB gibi nörogelişimsel bozukluklara özgü olmadığı ve OKB hastalarında da bu bozukluklardan bağımsız olarak genel bir duyusal hassasiyet sorununun olduğu, eştanıların bu hastalardan duyusal hassasiyet sorunlarını artırabileceği görülmektedir. Dolayısıyla komorbiditelerin dışlandığı daha pür bir OKB grubunda hastalık yükü odaklı çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.3. Duygu Düzenleme

Duygular hayatımızda önemli rol oynamakla birlikte mevcut literatürde duygu tanımı üzerine tam olarak bir fikir birliği bulunmamaktadır. Lazarus duygu tanımı yaparken üç temel noktaya değinmiştir. Bunlar, duygulanım olarak adlandırılan öznel yaşantı, fizyolojik rahatsızlık veya değişim olarak adlandırılan öznel yaşantıdır ve dışa vurulmayan davranım eğilimidir (195). Duygu tanımlaması üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde duyguların deneyimsel, davranışsal ve fizyolojik boyutları olan çok bileşenli bir yapıdan oluştuğuna ilişkin genel bir görüş birliği olduğu görülmektedir (196).

Duygu düzenleme kavramının tanımı ilk olarak gelişimsel süreci inceleyen çalışmalarda yapılmıştır. Duygu düzenleme becerisinin ilk olarak aile üyelerinin model alınması yoluyla kazanıldığı ve bu becerinin kazanılmasının gelişimsel bir başarı olarak değerlendirilmesi gerektiği savunulmuştur. Dodge duygu düzenlemeyi “bir yanıt alanının aktivasyonunun başka bir yanıt alanının aktivasyonunu değiştirdiği veya kontrol ettiği bir işlem” olarak açıklamıştır (197). Teoriye göre, dış uyaranlar bebeklerde ve küçük çocuklarda birincil duygu düzenleme kaynağı olarak hizmet eder, bu nedenle bu dönemde dış unsurlar daha fazla öneme sahipken, yetişkinlerde duygu düzenlemede içsel nedenler daha büyük bir rol oynar. (198,199). Thompson ise duygu düzenlemenin dışsal ve içsel süreçlerden oluştuğunu belirtmektedir. Bu süreçler duygusal tepkileri gözlemlemek, değerlendirmek ve değiştirmekle görevlidir (200). Duygu düzenlemenin daha geniş bir tanımı, çocuğun duygusal bilgileri tanıma, sınıflandırma ve bütünleştirme kapasitesinin yanı sıra davranışını kişisel hedefler doğrultusunda değiştirme kapasitesidir. (201).

Duygusal düzenleme, bu süreçte kullanılan stratejilere göre farklı kategorilere ayrılabilir. Duygu düzenleme ile ilgili ortaya atılan kuramlar, insanların bazı düzenlemeler

vasıtasıyla duygularını sürdürebileceğini, arttırıp azaltabileceğini göstermektedir (202,203). Gross tarafından ortaya konulan süreç modelinde kişinin duygularını düzenlediği beş nokta vurgulanmaktadır. Bu beş nokta; durumun seçimi, durumun değiştirilmesi, dikkatin yayılması, bilişsel yeniden değerlendirme, tepkilerin ayarlanmasıdır. Bu modele göre düzenleme süreçlerinde beş ayrım yapılmasına rağmen, aralarında ortak özellikler bulunmaktadır. İlk dört süreç, “Öncül Odaklı Duygu Düzenleme” yaklaşım biçimleri olarak adlandırılmakla birlikte, duygunun ortaya çıkmasının erken dönemlerinde ve duygu tam anlamıyla ortaya çıkmadan devreye girmektedirler. Duygu ortaya çıktıktan sonra ise “Sonuç Odaklı Duygu Düzenleme” meydana gelmektedir. Sonuç odaklı stratejiler, duygu yaratmanın ilk aşamalarında duyguları açığa vuran ipuçlarının etkisini değiştirerek etkili olan öncül odaklı yöntemlerin aksine, sürecin ilerleyen aşamalarında ortaya çıkar ve davranışsal tepkileri etkiler. Duygu düzenleme süreci beş aşamadan oluşmaktadır:

1. Durum seçimi: Kişinin uyarıcıyı deneyimlemeden önce, uyarıcı faktöre (bir kişi, yer veya nesne gibi) yaklaşma veya kaçınma davranışını içeren alternatif bir seçenek olarak tanımlanmaktadır. Bu kararlar önceki deneyimlerden, bilişsel atıflardan ve uyarılarla ilgili beklentilerden etkilenebilir.
2. Durum değişimi: Herhangi bir durumla karşı karşıya kaldıktan sonra kişinin o durumun yaratacağı duygusal etkiyi azaltmak amacıyla durumun dışsal ve fiziksel yönlerini değiştirmeye çalışmasıdır.
3. Dikkat yayılması: Belli bir durumda duygusal yanıtı modüle etmek amacı ile fiziksel olarak kaçmak yerine zihinsel olarak o durumdan uzaklaşma, biliş düzeyinde kaçma amacıyla dikkatin yönlendirilmesidir.
4. Bilişsel yeniden değerlendirme: Duygusal olarak olumsuz etkilenmeyi azaltmak için kullanılan uyumlu bir düzenleme stratejisidir. Belirli bir durumun yorumlanmasını değiştirmeyi içermektedir.
5. Tepki değişimi: Duygu üretim sürecinin sonunda yer almakta olup duygu ortaya çıktıktan sonra yanıtı etki etme ya da deneyimsel, davranışsal ve fizyolojik tepkileri değiştirme çabasıdır. Bu değişim “dışavurumun bastırılması” ya da “deneyimsel kaçınma” olarak ortaya çıkmaktadır (204-206).

Gross ve John tarafından yürütülen ve sağlıklı/ sağlıklı duygu düzenlemenin ele alındığı araştırmada, hayat deneyimi kazanan ve olgunlaşan bireyin daha sağlıklı bir duygu düzenleme stratejisi olarak kabul edilen yeniden yapılandırmayı kullanmayı öğrendiği ve daha

az sağlıklı kabul edilen baskılama duygu düzenleme stratejisini daha az kullandığı sonucu elde edilmiştir (189).

Duygu düzenleme stratejilerinin işlevselliğe göre sınıflandırılmasında kullanılan bir diğer yaklaşım ise duyguların önemli bir işlevinin durum hakkında yararlı bilgiler sağlamak ve bireyin karşılaştığı durumlarla baş etme becerisini artırmak olduğunu varsaymaktadır. Bu sınıflandırmaya göre duyguyu kontrol etmede ve işlemede rol oynayarak iyilik halinin devam etmesine katkı sağlayacak amaca yönelik davranışları kolaylaştıran düzenleme stratejileri adaptif olarak nitelendirilmekte, bilgiyi kişinin yararına kullanamayan ve işleyemeyen, duyguları ortaya çıkmasını engelleyen veya duyguları reddeden stratejiler ise işlevsiz olarak değerlendirilmektedir (207,208).

2004 yılında Gratz ve Roemer tarafından tanımlanan bir başka duygu düzenleme modeline göre etkili duygu düzenleme; duyguları tanımlama ve anlama, duyguları kabul etme, etkili duygu düzenleme stratejilerine erişim, olumsuz duygular yaşarken amaca yönelik davranışları sürdürme ve dürtüsel davranışları engellemeyi içermektedir. Gratz ve Roemer, duygu düzenlemenin bu altı yönünü değerlendirmek için Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği'ni (DDGÖ) geliştirmiştir (209).

2.3.1 Duygu Düzenleme Becerisinin Gelişim Aşamaları

Dodge ve Garber, duygu düzenleme tepki sistemlerinin doğuştan gelmediğini, normal şartlarda bebek dünyaya geldikten sonra erken dönemlerde edinildiğini ifade etmiştir (210). Duygu kontrol yeteneklerinin gelişimi zamanla kademeli olarak gerçekleşir ve sonraki yaşamda ruh sağlığı üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (211).

Çocukların duygu düzenleme yeteneği, onların sosyal çevreleriyle olan etkileşimlerine, duygu sistemlerinin matürasyonuna ve organizasyonuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (201). Çocuğun duyguları değerlendirme yeteneği bebeklikten ergenliğe kadar devam eden bir süreç olup ve bu durum duygusal düzenlemenin gelişimi aşamaları üzerine etki etmektedir. Bu aktif süreçte mizaç özellikleri, ebeveyn tutumları, genetik faktörler gibi içsel dışsal mekanizmalar görev almaktadır (212). Duygular, erken çocukluk döneminde temel olarak bakım verenler tarafından yönetilmekteyken, ilerleyen yaşlarla birlikte çocuklarda duygu düzenleme kapasitesi gelişim göstermekte ve süreç ilerledikçe başkalarına bağımlı olan düzenleme stratejilerinden uzaklaşmaya başlandığı gözlenmektedir (201,213). Böylece bilişsel kapasitesi yaşla beraber artış gösteren çocuklar, hayatındaki duygusal tepkilerin ortaya çıktığı durumlarla bağımsız bir şekilde başa etmeye çalışmaktadırlar (199).

Yenidoğan döneminde görülen parmak emme ve görsel dikkatin kontrolü en erken kendini yatıştırma davranışlarıdır. Bebeklerin motor becerileri olgunlaştıkça ve mobilizasyon seviyeleri arttıkça, düzenleme yetenekleri de artar (214). Rothbart ve arkadaşları bebekler tarafından kullanılan duygu düzenleme stratejilerinin; uyaranlara yaklaşma veya uyaranlardan kaçınma, dikkatinin odak noktasını değiştirme, kendini uyarma ve fiziksel rahatlama gibi davranışları içerdiğini belirtmişlerdir (215). Bağlanma kuramına göre çocuk, gelişim süreci boyunca bağlanma nesnesine yakınlığını korumak için duygusal bir tepki seçer. Bebeğin hayatta kalabilmesi için bir bağlanma nesnesine ihtiyacı vardır. Duyguları düzenleme sürecinde çocuk ile bakıcının ilişkisini nasıl kurduğu ve sürdürdüğü önemlidir (201).

Okul öncesi çocuklarda, anneyle göz teması kurma ve tensel temas gibi davranışlar anne odaklı duygu düzenleme davranışlarıyken; sürtünme, ritmik hareketlerle kendini uyarma veya huzursuzluk gibi davranışlar bağımsız duygu odaklı davranışlardır (216). Bu dönemde çocuklar, mimik, ses tonu gibi dışarıdan gözlemlenen duygu ifade biçimlerinin hissettikleri duygulardan farklı olabileceğini anlamaya başlamaktadırlar. Ayrıca dil gelişimi ile duyguları tanıma, kavramsallaştırarak ifade etme ve ebeveynlerin duygusal tepkilerinin nedenlerini anlama gibi beceriler kazanmaktadırlar. (200,201)

Okul dönemine doğru, sosyal ve bilişsel gelişimin artışı ile, duygu düzenleme kapasitelerinin de gelişiminde yeni aşamalar kaydedildiği görülmektedir. Bu dönemde okula başlamayla birlikte sosyal çevrelerinde de değişiklik meydana gelen çocuklar, düşüncelerini açık bir şekilde dile getirmekte ve çevresindeki insanların ne düşündüğünü de dikkate alarak duygu düzenleme becerilerini daha etkin kullanmaya başlamaktadırlar (217). Çocuklarda duygu düzenleme becerilerinin gelişimi onların sosyal yaşantıları, okul başarıları, çevreye olan uyumları ve akranları tarafından kabul görmeleri açısından oldukça önemlidir (218). Bu becerileri kullanarak duygu düzenleme stratejisi repertuarını genişleten çocuk duygusal tecrübelerini yönetebilmekte ve otonomi kazanarak benlik düzenlemesini daha bağımsız bir şekilde yapabilmektedir (201).

Ergenlik dönemi, duyguların daha yoğun bir şekilde yaşandığı, risk alma eğiliminin ve duygu düzenleme ihtiyacının arttığı geçiş dönemidir. Ergenlerde duygu düzenleme ihtiyacının artmasıyla birlikte farklı duygu düzenleme yöntemlerinin de kullanılabildiği görülmektedir (202). Ergenlik döneminde aile dışındaki sosyal etkileşimler artmakta dolayısıyla ebeveynler ile geçen zaman azalmaktadır. Bu süre zarfında duygusal kontrol konusunda destek almak için ebeveynlerinden çok akranlarına güvenirlir çünkü ebeveynleriyle ilişkileri daha çalkantılı ve duygusal olarak mesafelidir (219,220). Ergenler, bu dönemde meydana gelen hormonal değişiklikler, sosyal etkileşimlerdeki zorluklar, beklentilerin getirdiği artan sosyal baskı ve

stres, aşk ilişkilerindeki sorunlar gibi psikososyal değişiklikler nedeniyle yoğun ve karmaşık duygusal deneyimler yaşarlar. Bu nedenle ebeveynlerle yaşanan çatışmalara rağmen bu yoğun ve değişken duygularla baş edebilmek için ebeveyn desteğine ihtiyaç duymaya devam etmektedir (221).

2.3.2. Psikiyatrik Hastalıklar ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme güçlüğü, biyolojik temelleri olan, çevre ve sosyal ilişkilerdeki deneyimlerden etkilenen, erken çocukluk yaşantılarında ebeveyn ile ilişkilerle büyük oranda şekillenen kompleks yapıya sahip bir kavramdır (16). Duygusal tepkiyi kavrayamama, farkında olmama, kabul edememe ve yönetememe, duyguları düzenlemede sorun yaşamının bileşenleridir (222). Adaptif duygu düzenleme, farklı duygusal durumları belirleme ve durumsal bağlam için uygun başa çıkma stratejilerini uygun bir şekilde kullanma becerisini içerirken, duygu düzenleme bozukluğu, belirli bir durumda sıkıntıyı gidermek için katı veya uygunsuz stratejilerin uygulanmasını içermektedir (223). Duygu düzenleme yöntemlerinden özellikle bastırmanın ve yeniden değerlendirmenin genel olarak psikolojik esenlik ile ilişkili oldukları son dönemde yapılan çalışmalarda sıklıkla vurgulanmaktadır. Duyguları düzenlemede bastırma yönteminin daha fazla kullanılması, yeniden değerlendirme stratejisinin ise daha az kullanılması birçok psikopatolojik belirti için önemli bir risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir (224). Campbell-Sills ve Barlow psikopatolojilerin bazı klinik prezentasyonlarının istenmeyen duyguları düzenlemeye yönelik uyumsuz girişimler olarak tanımlanabileceğini öne sürmüştür (225).

Öfke, korku ve üzüntü gibi duygularında düzenlenmesindeki güçlükler anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk, entelektüel yeti yitimi, OSB, DEHB, KOKGB, DB, BB ve alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklarda merkezi rol almaktadır (222). Örneğin, yaygın anksiyete bozukluğunda duyguların hızlı, kolay ve yüksek yoğunlukta yaşanması belirgindir. Bu duygusal tepkisellik, duyguların düzenlenmesini güçleştirmekte ve duyguları tanımlama ve anlamadaki zorluk nedeniyle daha da karmaşık hale gelmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı bireyler duygusal netlik, duyguların kabulü, sıkıntılıyken amaca yönelik davranışlarda bulunma yeteneği, dürtü kontrolü ve etkili duygu düzenleme stratejilerine erişimdeki eksiklikler dahil olmak üzere duygu düzenlemenin çeşitli alanlarında sorunlar yaşamaktadırlar (226).

Entelektüel yeti yitimi olan bireylerin duygusal yanıtlarını düzenlemekte ve duygularını ifade etmede sorunlar yaşadıkları bilinmektedir. Bu bireylerin duygusal deneyimlerinin

farkında olma ve anlama konusundaki eksikliklere karşı savunmasız olması, kendilerini yatıştırma çabasıyla kısa vadeli rahatlama sağlayabilen ancak uzun vadeli sonuçlara da sebep olabilen belirli bir kendi kendini düzenleme tepkisine (örneğin, saldırganlık veya kendine zarar verme davranışları) yol açmaktadır. Bu nedenle bu bireylerde görülen irritabilite, kendine yönelik zarar verici davranışlar, duygusal uyaranlara yanıt vermeme ya da aşırı yanıt gibi durumların duygusal düzenleme problemleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (227). Benzer şekilde, OSB' li bireylerde görülen stereotipik davranışlar, irritabilite, duygusal girdilere karşı aşırı duygusal yanıtlar verme veya tamamen yanıtsız kalma gibi davranışların bu bireylerde yaşanan duygu düzenleme sorunlarından kaynaklanabileceği öne sürülmektedir (228).

Depresyon tanısı alan bireylerin duygu düzenleme stratejilerini değerlendiren bir çalışmada depresyon tanısı alan olgular, tam remisyonda olan olgular ve depresyon tanısı olmayan bireylerle karşılaştırılmıştır. Araştırmacılar, depresyon tanısı alanların diğer gruplara göre daha az bilişsel yeniden değerlendirme stratejisini kullandıklarını ve olumsuz duygulara tepki olarak bilişsel yeniden değerlendirmenin kullanılmamasının depresif belirtilerin hem ortaya çıkmasına hem devam etmesine yol açabileceğini ileri sürmüşlerdir (229). Ergenlerde yapılan başka bir çalışmada, depresif belirtiler kontrol edildikten sonra bile bu ergenlerde duygu düzenleme güçlüğüne yüksek intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (230).

Bağımlılıkta alkol ya da madde kullanımı olumsuz durumlarla başa çıkma yolu olarak değerlendirilebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, özellikle madde kullanım bozukluğu ve yeme bozukluğu olan bireylerin, olumsuz duyguları deneyimlemekten kaçınmak veya olumsuz durumların duygusal etkisini azaltmak adına işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini benimsedikleri, bu nedenle yemek veya maddeyi duygu yönetimi veya duygulardan kaçmak için bir araç olarak kullandıkları belirtilmektedir (231,232).

2.3.3. OKB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

OKB'de duygu düzenleme ile ilgili güçlüklerin varlığı giderek artan kanıtlarla gösterilmektedir. Bilişsel model, OKB'de olumsuz duygudurum hatalı bilişlerde artışa ve obsesyonel düşüncelerin daha olumsuz değerlendirilmesine neden olduğunu öne sürmektedir. Olumsuz duyguların OKB semptomlarında artışa neden olması, kişinin duygu düzenlemede daha fazla zorlanmasına, bunun sonucu olarak OKB semptom şiddetinin artmasına ve semptomların sürdürülmesine yol açmaktadır (223). Obsesyon ve kompulsyonların işlevini anlamaya yönelik yapılan bazı çalışmalarda, duygusal farkındalık, uyarılma belirtilerine tepki

ve rahatsız edici içsel durumlara tolerans gibi faktörlere odaklanılmıştır. OKB tanılı hastalarda stres intoleransı, anksiyeteye aşırı hassasiyet ve duygusal farkındalıkta zorluk olarak tanımlanan aleksitimiği inceleyen bir çalışmada, bu üç faktörün bu hastalarda daha yüksek olduğu ve kompulsiyonu tetikleyen tetikleyici ile ilişkili sıkıntıya tahammül etme güçlüğüne kompulsif davranışın gelişimine katkıda bulunan bir faktör olabileceği bildirilmiştir (233). OKB’de görülen kompulsiyonların altında yatan nedenlerden birinin duygulardan kaçınma motivasyonu olabileceği, kontrol edilemez olarak algılanan müdahaleci düşüncelerin neden olduğu duygusal sıkıntıyı azaltmak için bu kompulsif davranışların kullanılabileceği öne sürülmektedir (234).

Literatürde DDGÖ puanlarının OKB şiddeti ve klinik prezentasyon ile ilişkili olduğunu ve pozitif yönde korelasyon gösterdiğini ortaya koyan çalışmalar mevcut olmakla birlikte, OKB semptomlarının önemli yordayıcıları arasında duyguları baskılama, dürtü kontrolünde sorun, düşük duygusal farkındalık ve duygusal netlik puanlarının yer aldığı belirtilmektedir (13). Biriktirme bozukluğu ile OKB’yi duygu düzenleme güçlüğü açısından karşılaştıran bir çalışmada her iki hastalıkta da tüm alt ölçeklerin kontrol grubuna göre oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, yüksek duygu düzenleme ölçeği puanlarının, biriktirme bozukluğuna göre OKB şiddetini daha anlamlı bir şekilde yordadığı belirtilmiştir (235).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarında duyusal hassasiyet ve duygu düzenleme güçlüğü, hastalığın yönetimi, tedavi seçimi, uzun dönemde sonuçlarının değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada OKB tanılı 11-16 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde duyusal hassasiyet ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, duyusal hassasiyet ve duygu düzenleme güçlüğü ile OKB hastalık yükü (semptom sayısı ve semptom şiddeti) ve klinik prezentasyon arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada komorbiditelerin dışlandığı olgu grubunda duyusal hassasiyet ve duygu düzenleme güçlüğüne kontrol grubuna kıyasla daha fazla olacağı, duyu modaliteleri açısından olgu grubunun kontrol grubundan daha atipik özellikler göstereceği, olgu grubunda var olan duyusal hassasiyet ve duygu düzenleme güçlüğüne bu hastalarda klinik prezentasyon ve hastalık yükü üzerine etki edeceği varsayılmıştır.

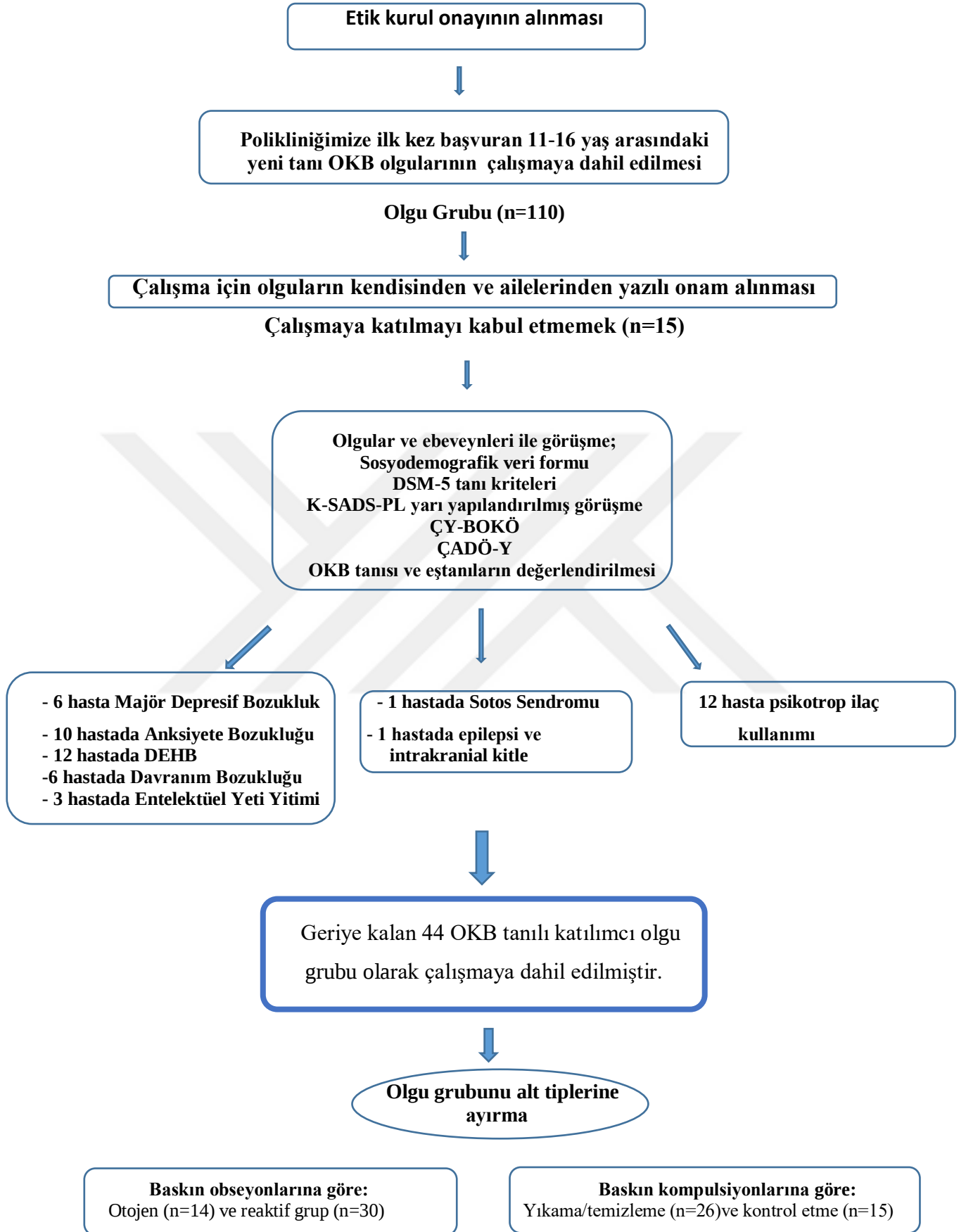
3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Tipi

Araştırmanın evreni Haziran 2022- Nisan 2023 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, yaşları 11-16 yaşları arasında olan ve tarafımızca OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır. Araştırma, OKB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin duyu profili ile kontrol grubunun duyu profilinin karşılaştırıldığı, ayrıca OKB tanılı çocuk ve ergenlerde olası duygusal hassasiyet ve duygu düzenleme güçlüğüünün klinik prezentasyon ve hastalık yükü (semptom şiddeti, obsesyon ve/ veya kompulsiyon sayısı) ile ilişkisinin incelendiği vaka-kontrol tipte bir araştırma olarak düzenlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi

Araştırmanın örneklemini, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ilk kez başvuran, klinik görüşme ve psikometrik incelemeler sonucunda DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konulan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, uygunluk ölçütlerini karşılayan 11-16 yaş arasındaki 44 çocuk-ergenden oluşmaktadır. Polikliniğe başvuran ve OKB tanısı olan 110 hasta olmuştur. 110 hastadan 15'i çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Geriye kalan 95 hastanın DSM-5 tanı kriterleri ve K-SADS-PL görüşmesine göre 6'sı eşlik eden majör depresif bozukluk, 10'u eşlik eden anksiyete bozukluğu, 12 'si eşlik eden DEHB, 6'sı davranım bozukluğu tanı kriterlerini karşılıyor olması nedeniyle, 12 hasta ise OKB'ye yönelik psikofarmakolojik ajan kullanması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Geriye kalan 49 hastanın 3'ünde mental retardasyon, 1'inde Sotos Sendromu, 1'inde epilepsi ve intrakraniyal kitle tanısı olması nedeniyle bu hastalarda çalışmaya dahil edilmemiştir. Geriye kalan 44 OKB tanılı katılımcı hasta grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu, araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırma grubu ile aynı yaş ve cinsiyette, herhangi bir fiziksel veya ruhsal kronik hastalığı olmayan 44 çocuk ve ergenden oluşturulmuştur.



Şekil 3.1. Akış Şeması

3.2.1.Araştırma Grubuna Dahil Edilme Ölçütleri

1. Haziran 2022- Nisan 2023 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğe ilk kez başvurmuş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
2. Psikometrik incelemeler ve klinik görüşme sonucunda DSM-V tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konmuş olmak
3. 11-16 yaş aralığında olmak

3.2.2. Kontrol Grubu İçin Dahil Edilme Kriterleri:

1. 11-16 yaş aralığında olmak
2. Şimdi veya geçmişte işlevsellikte bozulmayla seyreden psikopatolojiye sahip olmamak
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

3.2.3.Araştırma Grubuna Dahil Edilmeme Kriterleri:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olmak
2. OKB' ye eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalığının olması
3. Kronik ve ciddi tıbbi hastalığı olması
4. Tıbbi öyküde epilepsi, serebral palsi veya başka bir nörolojik hastalık varlığı
5. Kafa travması öyküsü olması
6. Kognitif becerileri etkileyecek diğer tıbbi rahatsızlıklar (görme bozukluğu, işitme engeli)

3.2.4.Kontrol Grubu İçin Dahil Edilmeme Kriterleri:

1. Şimdi veya geçmişte işlevsellikte bozulmayla seyreden psikopatolojiye sahip olmamak
2. Kronik ve ciddi tıbbi hastalığa sahip olmak
3. Tıbbi öyküde epilepsi, serebral palsi veya başka nörolojik hastalık varlığı
4. Kafa travması öyküsü olması
5. Kognitif becerileri etkileyecek diğer tıbbi rahatsızlıklar (görme bozukluğu, işitme engeli)
6. Çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olmak

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1.Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait bu form, çalışmayı yürüten doktor tarafından doldurulmaktadır. Anne babaya ve kardeşlere ait yaş, eğitim, tıbbi ve ruhsal sağlık durumu gibi bilgiler kaydedilmektedir. Ayrıca ayrılık, boşanma ve ebeveyn kaybı gibi verileri, ailenin aylık gelir düzeyi, ailenin yapısal özelliği (çekirdek/ geniş aile), çocuğa ait odanın varlığı gibi verileri, annenin gebelik ve doğum öyküsü, çocuğun pre/perı ve postnatal öyküsü, çocuğun gelişim basamaklarının ve medikal öyküsünün alındığı verileri ve son olarak psikiyatrik muayene bulgularının değerlendirildiği klinik verileri içermektedir (Ek-1)

3.3.2. Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ)

Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek klinik görüşmeye dayanan yarı yapılandırılmış bir sorgulama formu olup Türkçe güvenilirlik çalışması Yücelen ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır. 6-17 yaş arası çocuk ve ergenler için uyarlanan versiyonu halen altın standart bir ölçme aracı olarak kullanılmaktadır (236,237). Çocuk ve ebeveynlerinden alınan bilgiler temel alınarak görüşmecinin klinik yargısına göre değerlendirme yapılmaktadır. Hastalığın genel şiddeti değerlendirilirken toplam puanın belirlenmesi için ölçeğin ilk 10 sorusundan elde edilen puanların toplamı kullanılmaktadır. İlk 5 sorunun toplam puanı obsesyonların şiddeti, 6–10. soruların toplamı ise kompulsiyonların şiddeti hakkında bilgi vermektedir. Obseyon puanı ve kompulsiyon puanı toplanarak genel OKB şiddetini veren toplam puan hesaplanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan 0-40 arasında değişebilmekte olup OKB şiddeti açısından yorumlanması şu şekildedir: 0-7 puan subklinik; 8-15 puan hafif; 16-23 puan orta; 24-31 puan şiddetli; 32-40 puan çok şiddetli (238). (Ek-2).

3.3.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL)

Yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşme çizelgesi olup, Kaufman ve arkadaşları tarafından 6-18 yaş çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde ve klinik araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (239). K-SADS-PL'nin bu versiyonu çocuk ve ergenlerdeki psikopatolojilerin geçmiş ve şimdiki epizodlarını değerlendirmek amacıyla düzenlenmiş olup diğer yapılandırılmış ve yarı-yapılandırılmış görüşmeler gibi bu

konuda eğitim almış görüşmeciler tarafından uygulanabilmektedir. (240-242). Bu görüşme çizelgesi üç bölümden oluşmaktadır. “Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi” olarak adlandırılan birinci bölümünde çocuğa ait bilgiler, yakınması, geçmiş psikiyatrik öyküsü, okuldaki durumu ve arkadaş-aile içi ilişkileri gibi bilgilerin alınarak doldurulması gereken bir form mevcuttur. İkinci bölümde yer alan ve yaklaşık 200 özgül belirti ve davranışı değerlendirmek üzere tasarlanan tanı amaçlı tarama görüşmesinde her bir belirti için tarama soruları ve değerlendirme ölçütleri önceden belirlenmiştir. Yapılan tarama sonucunda eğer 5 tanı alanında birinde veya birkaçında pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla kullanılan ek soru listeleri verilmektedir. Bu tanı alanları şunlardır: 1) duygulanım bozuklukları 2) psikotik bozukluklar 3) anksiyete bozuklukları 4) davranış bozukluğu 5) madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar). Üçüncü ve son bölümde ise çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenen “çocuklar için genel değerlendirme ölçeği” görüşme formu bulunmaktadır (243). Bu görüşme çizelgesinde hastalığa ait belirtileri sınıflandırmak için “yok”, “eşik altı” ve “eşik” olmak üzere üç seçenek mevcuttur. Çizelge yalnızca belirtilerin varlığına ilişkin bilgi vermekte, belirti şiddetini değerlendirmemektedir. Görüşmeler boyunca ebeveynlere ve çocuklara sorular sorulur ve görüşme sonunda bu kaynaklardan (ebeveyn, çocuk, okul vb.) elde edilen tüm bilgiler derlenir ve bir puan belirlenir. Kaynaklardan gelen bilgiler çelişkili ise, görüşmecinin karar vermek için kendi mesleki muhakemesini kullanması tavsiye edilir (240). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır (243). (Ek-3)

3.3.4. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili (AYDP)

Adolesan/Yetişkin Duyu Profili adı verilen 6 farklı duyu modelinin her biri için ayrı bölümünden oluşan 60 maddelik test, duysal uyarılarına karşı oluşan cevabı değerlendirmek için standardize edilmiştir. Tat/koku (kişilerin tat ve kokulara karşı cevabı), hareket (kişilerin duysal ve vestibular uyarılara karşı cevabı), görsel (kişilerin görsel uyarılara verdiği cevap), dokunma (deriye ve dile dokunma uyarılarına cevap), işitsel gelişimini (işitilene verilen cevap) ve aktivite seviyesini (günlük yaşam aktivitelerine katılım ve eğilimi) değerlendirmektedir. 11 yaş ve üstü adolesan, yetişkinler için kullanılmaktadır. Katılımcıların her bir maddede tarif edilen duysal olay/deneyime ne sıklıkla cevap verdiklerini derecelendirmeleri istenmektedir. AYDP, Dunn’ın Duyu İşleme Teorisine dayalı dört alt ölçekten oluşmaktadır:

1. Duyusal hassasiyet (duyusal uyaranlara karşı düşük eşik sahibi olup, uyarılara normalden fazla yanıt vermek),
2. Duyusal kaçınma (bilerek duyusal uyarlardan kaçınmak),
3. Düşük kayıt (duyusal girdilere az ya da normalden daha yavaş cevap vermek),
4. Duyusal arayış (duyusal girdilerden zevk almak, duyusal arayış içinde olmak).

Her kategorinin puanları 5 ila 75 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksek olursa, bireyin duyusal işlem kalıpları için o kadar daha fazla özellik sergilediği ortaya konmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Üçgül ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (244,245). (Ek-4).

3.3.5. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ)

Gratz ve Roemer (2004) tarafından duygu düzenleme güçlüklerinin çeşitli yönlerini kapsamlı şekilde değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan ölçek, 1 (neredeyse hiçbir zaman) ve 5 (neredeyse her zaman) puan aralığında puanlandırılan 36 maddelik Likert tipi bir ölçektir. DDGÖ'de altı tane alt ölçek bulunmaktadır:

- Duygusal reaksiyonlara ilişkin farkındalığın olmaması (farkındalık)
- Duygusal reaksiyonların anlaşılabilmesi (açıklık),
- Duygusal reaksiyonların kabul edilmemesi (kabul etmeme),
- Etkili duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (stratejiler),
- Olumsuz duyguları yaşarken dürtülerin kontrol edilememesi (dürtü),
- Olumsuz duygular yaşarken amaç odaklı davranmada güçlük (amaçlar) (200).

Ölçekten elde edilen yüksek puanlar bu alanlarda daha fazla zorluk yaşandığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından yapılmıştır (16, 246). (Ek-5)

3.3.6. Yenilenmiş Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (ÇADÖ-Y)

Yenilenmiş Çocuk Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği, Chorpita ve ark. tarafından, DSM-IV baz alınarak anksiyete bozuklukları ve depresyon semptomlarını ölçmek için geliştirilmiş 47 maddelik bir ölçek olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Görmez ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekten, 4'lü Likert tipi puanlamaya göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Panik bozukluk, Obsesif

Kompulsif bozukluk ve Major Depresif Bozukluk alt ölçek puanları elde edilmektedir. Ebeveyn ve çocuğun bildirimine bağlı doldurulabilen formları bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığı Cronbach alfa .95 puanıyla güçlü/mükemmel düzeyde olmakla birlikte alt boyutlar .75 ile .86 arasında değişmekte olup ölçeğin iç tutarlılığı iyi düzeydedir (247,248) (Ek-6).

3.4.Araştırmanın Aşamaları

Araştırmanın etik kurul onayı, 2022/126 no.lu etik kurul dosyası ile 12.05.2022 tarihinde KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan alınmıştır. Araştırma Haziran 2022- Aralık 2022 arasında veri toplanan tanımlayıcı bir çalışmadır. DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konan hastalardan çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan çocuk-ergen ve ebeveynlerine, çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılara araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel ve yazılı bilgi verildikten sonra sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

Bu araştırmada çocuk-ergen ve ebeveynlerine ait sosyodemografik bilgileri elde etmek amacıyla Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’ne ait Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. DSM-V tanı kriterlerine göre OKB ölçütlerini karşılayan tüm hastalar, ilk görüşmede Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (ÇY-BOKÖ) ile araştırmacı çocuk psikiyatristi tarafından değerlendirilmiştir. Hasta ve kontrol grubunda mevcut psikopatolojilerinin ekartasyonu için tüm katılımcılardan Yenilenmiş Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (ÇADÖ-Y) doldurmaları istenmiş, ayrıca yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- (K-SADS-PL) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Beraberinde yapılan tanısal klinik görüşme neticesinde hastalar DSM-V’e göre “OKB ve İlişkili Bozukluklar” grubu içerisinde bulunan trikotillomani, deri yolma ve biriktiricilik bozukluğu; K-SADS-PL’de yer almayan Otizm Spektrum Bozukluğu ve internet bağımlılığı açısından da değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan tüm çocuk ve ergenlerin; Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), ve Adölesan/Yetişkin Duyu Profili (AYDP) doldurmaları sağlanmıştır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelenmiştir. Olgü grubu ve kontrol grubu arasında yaş, öğrenim durumu, okul öncesi eğitim süresi (yıl),

gelişim basamakları, ebeveyn yaş özelliklerinin, AYDP duyu modalitelerinin, AYDP alt ölçek puan ortalamalarının, DDGÖ total ve alt ölçek puan ortalamalarının, ÇADÖ-Y alt ölçek puanlarının, olgu grubunun obsesyon- kompulsiyon şiddeti, sayısı ve tipine göre AYDP ve DDGÖ puan ortalamalarının ve medyan değerlerinin karşılaştırılması Mann Whitney U testi ve Bağımsız Gruplar t testi ile yapılmıştır. Olgu grubu ve kontrol grubu arasında cinsiyet, aile özellikleri, anne ve baba özellikleri, aylık gelir durumu, gebelik dönemi özelliklerinin ve ailede psikiyatrik hastalık oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare Analizi kullanılmıştır. Olgu grubunun hastalık yükü ve klinik prezentasyon ile AYDP puanları, hastalık yükü ve klinik prezentasyon ile DDGÖ puanları, AYDP puanları ile DDGÖ puanları arasındaki ilişki Pearson ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 22.0 programı kullanıldı. Araştırmada aracılık analizleri SPSS programına uyumlu Process Makro paket programı kullanılarak analiz edildi.

4.BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 1 Demografik özelliklere ilişkin veriler

		GRUP					
		Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
		n	%	n	%	Analiz	p
Cinsiyet	Kadın	26	59,1	26	59,1	X2=0,00	
	Erkek	18	40,9	18	40,9		
		Ort./Me d.	SS./%25- 75	Ort./Me d.	SS./%25-75		
Yaş		14,09	1,89	14,09	1,89	t=0,00	
Öğrenim durumu		9,14	2,15	8,75	2,13	t=0,85	0,399
Okul öncesi eğitim süresi(yıl)		1,14	0,96	1,17	0,92	t=-0,17	0,865

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, X²=Ki-Kare Analizi.

Olgu ve kontrol grubuna ait demografik özellikleriyle ilişkili ayrıntılı veriler Tablo 1’ de verilmiştir. Buna göre araştırmada değerlendirilen olgu grubunun 26’sının (%59,1) kadın, kontrol grubunun 26’sının (%59,1) kadın olduğu bulunmuştur. Araştırmada değerlendirilen olgu grubunun yaş ortalamalarının 14,09±1,89, öğrenim durumu ortalamalarının 9,14±2,15, okul öncesi eğitim süresi (yıl) ortalamalarının 1,14±0,96, kontrol grubunun yaş ortalamalarının 14,09±1,89, öğrenim durumu ortalamalarının 8,75±2,13, okul öncesi eğitim süresi (yıl) ortalamalarının 1,17±0,92 olduğu bulunmuştur. İki grup arasında yaş (t=0,00), öğrenim durumu (t=0,85, p=0,399) ve okul öncesi eğitim süresi (yıl) (t=0,17, p=0,865) ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulunmuştur.

Tablo 2 Aile özelliklerine ilişkin veriler

		GRUP					
		Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
		n	%	n	%	Analiz	p
Kardeş sayısı	1	3	6,8	5	11,4	X2=2,73	0,605
	2	20	45,5	23	52,3		
	3	15	34,1	11	25,0		
	4	6	13,6	4	9,1		
	5	0	0,0	1	2,3		
Kaçınıcı çocuk	1	24	54,5	24	54,5	X2=1,00	0,801
	2	11	25,0	11	25,0		

	3	7	15,9	5	11,4		
	4	2	4,5	4	9,1		
Ailedeki kişi sayısı	2	1	2,3	1	2,3	X ² =5,27	0,261
	3	6	13,6	7	15,9		
	4	16	36,4	24	54,5		
	5	16	36,4	11	25,0		
	6	5	11,4	1	2,3		
Ebeveynlerin yaşam durumu	Sağ	42	95,5	44	100,0	2,05	0,153
	Baba kayıp	2	4,5	0	0,0		
Aile üyelerinde suçluluk öyküsü	Yok	40	90,9	43	97,7	1,91	0,167
	Var	4	9,1	1	2,3		
Anne baba arasında akrabalık	Yok	36	81,8	42	95,5	4,06	0,044
	Var	8	18,2	2	4,5		
Aile tipi	Çekirdek	37	84,1	42	95,5	3,32	0,190
	Geniş	2	4,5	1	2,3		
	Tek ebeveyn	5	11,4	1	2,3		

X²=Ki-Kare Analizi.

Tablo 2, olgu grubu ve kontrol grubunun aile özelliklerine ilişkin verileri göstermektedir. Buna göre olgu ve kontrol grubunun her ikisinin de %54,5 oranla ailedeki 1. çocuk olduğu görülmektedir fakat gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,801). Ayrıca olgu ve kontrol grupları arasında kardeş sayısı (X²=2,73, p=0,605), ailedeki kişi sayısı (X²=5,27, p=0,261) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulunmuştur.

Olgu grubunun %84,1' i ve kontrol grubunun % 95,5' i çekirdek aile olarak görülmektedir, olgu grubunun %95,5' de her iki ebeveyninin de sağ olduğu görülürken, kontrol grubunda ebeveyn kaybının olmadığı belirtilmiştir. Olgu grubunun anne baba arasında akrabalık oranlarının kontrol grubunun anne baba arasında akrabalık oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu (X²=4,06, p=0,044) bulunmuştur.

Tablo 3 Ebeveyn yaşlarına ilişkin veriler

	GRUP					
	Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	t	p
Anne yaşı	43,16	6,16	42,59	5,40	0,46	0,647
Babanın yaşı	46,45	5,42	46,73	4,68	-0,25	0,801

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi,

Olgu grubu ve kontrol grubu arasında anne yaşı ($t=0,46$, $p=0,647$), baba yaşı ($t=-0,25$, $p=0,801$) ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulunmuştur. (Tablo 3)

Tablo 4 Anne özelliklerine ilişkin veriler

		GRUP					
		Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
		n	%	n	%		
Annenin öğrenim durumu	Okur yazar değil	1	2,3	1	2,3	3,65	0,456
	İlkokul	17	38,6	9	20,5		
	Ortaokul	3	6,8	3	6,8		
	Lise	12	27,3	16	36,4		
	Üniversite	11	25,0	15	34,1		
Annenin mesleği	Ev hanımı	29	65,9	30	68,2	1,72	0,788
	İşçi	2	4,5	1	2,3		
	Memur	8	18,2	10	22,7		
	Serbest	4	9,1	3	6,8		
	Emekli	1	2,3	0	0,0		
Annede psikiyatrik hastalık	Yok	28	63,6	35	79,5	2,74	0,098
	Var	16	36,4	9	20,5		
Annede kronik fiziksel hastalık	Yok	29	65,9	27	61,4	0,20	0,658
	Var	15	34,1	17	38,6		
Annenin sigara kullanımı	Yok	40	90,9	34	77,3	3,06	0,080
	Var	4	9,1	10	22,7		
Annenin alkol kullanımı	Yok	43	97,7	44	100,0	1,01	0,315
	Var	1	2,3	0	0,0		

X²=Ki-Kare Analizi

Çalışmaya katılan annelerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; annenin eğitim düzeyi sınıflamasında, olgu grubu annelerinin % 38,6' sını ilköğretim , %6,8' ortaokul , 27,3' ü lise ve %25' i üniversite mezunu iken, kontrol grubu annelerinin %20,5' i ilköğretim , %6,8 'i ortaokul, %36,4' ü lise ve %34,1' i üniversite mezunudur. Annelerin eğitim düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,456$). Olgu grubundaki annelerin %65,9' u ($n=29$) ev hanımı iken, kontrol grubundaki annelerin %68,2' si ($n=30$) ev hanımıdır ve aralarında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,788$). Annesinde psikiyatrik hastalık olan olguların oranı %36,4 ($n=16$) iken, annesinde psikiyatrik hastalık olan kontrollerin oranı %20,5 'tir ($n=9$). Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0,098$). Olgu grubundaki annelerin %65,9 'ünde herhangi bir kronik fiziksel hastalık bulunmamakta, %90,9' u sigara, % 97,7' si ise alkol kullanmamaktadır. Kontrol grubundaki annelerin ise %61,4' ünde

herhangi bir kronik fiziksel hastalık bulunmamakta, % 77,3 ‘ü sigara kullanmamaktadır. Özetle, anne özelliklerine ilişkin bilgi değişkenleri karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (Tablo 4)

Tablo 5 Baba özelliklerine ilişkin veriler

		GRUP				X2	p
		Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
		n	%	n	%		
Babanın öğrenim durumu	İlkokul	12	28,6	9	20,5	4,77	0,190
	Ortaokul	5	11,9	3	6,8		
	Lise	16	38,1	13	29,5		
	Üniversite	9	21,4	19	43,2		
Babanın mesleği	İşsiz	2	4,8	0	0,0	3,22	0,522
	İşçi	11	26,2	9	20,5		
	Memur	12	28,6	16	36,4		
	Serbest	14	33,3	17	38,6		
	Emekli	3	7,1	2	4,5		
Babada psikiyatrik hastalık	Yok	33	78,6	41	93,2	3,82	0,051
	Var	9	21,4	3	6,8		
Babada kronik fiziksel hastalık	Yok	33	78,6	26	59,1	3,77	0,052
	Var	9	21,4	18	40,9		
Babanın sigara kullanımı	Yok	29	69,0	26	59,1	0,92	0,336
	Var	13	31,0	18	40,9		
Babanın alkol kullanımı	Yok	40	95,2	43	97,7	0,40	0,529
	Var	2	4,8	1	2,3		

X2=Ki-Kare Analizi

Çalışmaya katılan babaların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; babanın eğitim düzeyi sınıflamasında, olgu grubu babaların % 28,6’ sı ilkokul , %11,9’ u ortaokul, %38,1’ i lise ve %21,4’ ü üniversite mezunu iken, kontrol grubu babaların %20,5’ i ilkokul, %6,8’ i ortaokul, %29,5’ i lise ve %43,2’ si ise üniversite mezunudur. Babaların eğitim düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,190). Olgu grubundaki babaların %26,2’ si işçi, %28,6 ‘sı memur, %33,3’ ü serbest meslek sahibi iken, kontrol grubundaki babaların %9’ u işçi, %16’sı memur ve %17’ si serbest meslek sahibi olarak görülmüştür. Babasında psikiyatrik hastalık olan olguların oranı %21,4 (n=9) iken, babasında psikiyatrik hastalık olan kontrollerin oranı %6,8’ dir (n=3). Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0,051). Olgu grubundaki babaların %78,6 ‘sında herhangi bir kronik fiziksel hastalık bulunmamakta, %69’ u sigara, % 95,2’ si ise alkol kullanmamaktadır. Kontrol grubundaki babaların ise %59,1’ inde herhangi bir kronik fiziksel hastalık bulunmamakta, % 59,1 ‘i sigara ve %97,7’ si alkol kullanmamaktadır. Babaya özelliklerine ilişkin bilgi değişkenleri karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmadaki babalara ilişkin özetleyici bilgiler Tablo 6’ da verilmiştir.

Tablo 6 Aylık gelir durumuna ilişkin veriler

		GRUP					
		Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
		n	%	n	%	X2	p
Aylık gelir	Asgari ücret altı	19	43,2	14	31,8	1,21	0,271
	Asgari ücret üstü	25	56,8	30	68,2		

X2=Ki-Kare Analizi

Tablo 6, olgu grubu ve kontrol grubunun aylık gelir durumuna ilişkin verileri göstermektedir. Buna göre olgu ve kontrol grupları arasında aylık gelir oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulunmuştur.

Tablo 7 Gelişim basamaklarına ilişkin veriler

	GRUP					
	Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
	Med.	%25-75	Med.	%25-75	Analiz	p
Yürüme zamanı(ay)	12,00	11,50-12,00	12,00	12,00-13,00	Z=-0,92	0,357
Tek kelime söyleme zamanı(ay)	12,00	10,50-12,00	12,00	8,50-12,00	Z=-1,06	0,290
Cümle kurma zamanı(ay)	24,00	18,00-24,00	20,00	15,00-24,00	Z=-0,99	0,322
Tuvalet eğitimi(ay)	30,00	24,00-36,00	28,50	24,00-30,00	Z=-0,87	0,384

Med.=Medyan, Z=Mann Whitney U testi

Olgu ve kontrol grubu arasında yürüme zamanı(ay) (Z=-0,92, p=0,357), tek kelime söyleme zamanı(ay) (Z=-1,06, p=0,290), cümle kurma zamanı(ay) (Z=-0,99, p=0,322), tuvalet eğitimi(ay) (Z=-0,87, p=0,384) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulunmuştur. Çalışmadaki olgu ve kontrol gruplarının gelişim basamaklarına ilişkin özetleyici bilgiler Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 8 Gebelik dönemi özelliklerine ilişkin veriler

		GRUP					
		Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
		n	%	n	%		
Gebelik süreci	Hastalık/travma yok	41	93,2	33	75,0	5,87	0,118
	Düşük tehdidi	2	4,5	6	13,6		
	Fiziksel hastalık	1	2,3	3	6,8		
	Ruhsal hastalık	0	0,0	2	4,5		
	Matür	34	77,3	36	81,8	0,28	0,597

Doğum maturasyonu	Prematür	10	22,7	8	18,2		
Doğum şekli	NSVY	20	45,5	18	40,9	0,185	0,667
	C/S	24	54,5	26	59,1		
Doğum kilosu	<1500	0	0,0	3	6,8	3,12	0,210
	1500-2500	6	13,6	6	13,6		
	>2500	38	86,4	35	79,5		
Doğum sonrası hastalık öyküsü	Yok	35	79,5	32	72,7	0,584	0,747
	Sarılık	7	15,9	9	20,5		
	Küvöz bakımı	2	4,5	3	6,8		

X2=Ki-Kare Analizi.

Çocukların doğum şekline göre, hem olgu grubundaki çocuklar (%54,5) hem de kontrol grubundaki çocuklar (%59,1) için en yüksek oran sezeryan doğumdur. Olgu ve kontrol grubu arasında gebelik süreci ($p=0,118$), doğum maturasyonu ($p=0,597$), doğum şekli ($p=0,667$), doğum kilosu ($p=0,210$), doğum sonrası hastalık öyküsü ($p=0,747$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulunmuştur. Çalışmadaki çocuklara ilişkin diğer özetleyici bilgilere Tablo 8’den ulaşılabilir.

4.2. Katılımcıların Klinik Özelliklerine Dair Veriler

Tablo 9 OG ve KG arasında ailede psikiyatrik hastalık oranlarının karşılaştırılması

		GRUP					
		Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
		n	%	n	%		
OKB	Yok	31	70,5	43	97,7	12,23	<0,001
	Var	13	29,5	1	2,3		
Depresyon	Yok	31	70,5	43	97,7	12,23	<0,001
	Var	13	29,5	1	2,3		
Anksiyete bozukluğu	Yok	34	77,3	36	81,8	0,28	0,597
	Var	10	22,7	8	18,2		
BAB/psikoz	Yok	42	95,5	43	97,7	0,35	0,557
	Var	2	4,5	1	2,3		
DEHB	Yok	41	93,2	42	95,5	0,21	0,645
	Var	3	6,8	2	4,5		
MR/otizm	Yok	41	93,2	44	100,0	3,11	0,078
	Var	3	6,8	0	0,0		

X2=Ki-Kare Analizi.

Çalışmadaki katılımcıların ailelerindeki psikiyatrik hastalık oranlarına ilişkin veriler Tablo 9’da verilmiştir. Buna göre, olgu grubunun ailelerinde %29,5 oranla en fazla görülen psikiyatrik hastalık OKB iken, kontrol grubunun ailelerinde %18,2 oranla anksiyete bozukluğunun mevcut olduğu gösterilmiştir. Olgu grubunun ailelerinde OKB ve depresyon

görölme oranlarının kontrol grubunun ailelerinde OKB ve depresyon görölme oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 10 Olgı grubunun obsesyon ve kompulsiyon şiddeti, sayısı ve tipine ilişkin veriler

		Ort.±SS.	Min.-Maks.
ÇY-BOKÖ-KOMPULSİYON		13,02±3,04	7,00-20,00
ÇY-BOKÖ-OBSESYON		13,16±3,03	6,00-19,00
ÇY-BOKÖ-TOPLAM		26,11±5,57	15,00-38,00
OBSESYON SAYISI		2,32±1,01	1,00-5,00
KOMPULSİYON SAYISI		2,64±1,24	1,00-5,00
		n	%
Baskın obsesyon tipi	Kirlenme	19	43,2
	Cinsel	1	2,3
	Dini	7	15,9
	Saldırganlık	6	13,6
	Emin olamama/Kuşku	11	25,0
Kirlenme-bulaş	Yok	14	31,8
	Var	30	68,2
Cinsel	Yok	39	88,6
	Var	5	11,4
Dini	Yok	31	70,5
	Var	13	29,5
Saldırganlık	Yok	27	61,4
	Var	17	38,6
Somatik	Yok	41	93,2
	Var	3	6,8
Emin olamama/kuşku	Yok	11	25,0
	Var	33	75,0
Baskın kompulsiyon tipi	Yıkama	26	59,1
	Kontrol	15	34,1
	Sayma	1	2,3
	Ritüel/Tekrarlayıcı davranış	2	4,5
Yıkama-temizleme	Yok	13	29,5
	Var	31	70,5
Kontrol etme	Yok	9	20,5
	Var	35	79,5
Sayma	Yok	39	88,6
	Var	5	11,4
Sıralama/düzenleme	Yok	33	75,0
	Var	11	25,0
Biriktiricilik	Yok	34	77,3
	Var	10	22,7
Ritüel-tekrarlayıcı davranışlar	Yok	21	47,7
	Var	23	52,3

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

Tablo 10, olgu grubunun obsesyon ve kompulsiyon şiddeti, sayısı ve tipine ilişkin verileri göstermektedir. Çalışmada değerlendirilen olgu grubunun kompulsiyon şiddet puanı ortalamalarının $13,02 \pm 3,04$ obsesyon şiddet puanı ortalamalarının $13,16 \pm 3,03$ ve genel OKB şiddeti puan ortalamalarının $26,11 \pm 5,57$, obsesyon sayısı ortalamalarının $2,32 \pm 1,01$ ve kompulsiyon sayısı ortalamalarının $2,64 \pm 1,24$ olduğu bulunmuştur.

Çalışmada değerlendirilen olgu grubunun %68,2' sinin (n=30) kirlenme-bulaş, %11,4'ünün (n=5) cinsel, %29,5' nin (n=13) dini, %38,6' sının (n=17) saldırganlık, %6,8' nin (n=3) somatik, %75'nin (n=33) emin olamama/kuşku obsesyonlarının olduğu, kompulsiyon tiplerine göre incelendiğinde %70,5'nin (n=31) yıkama-temizleme, %79,5'inin (n=35) kontrol etme %11,4' ünün (n=5) sayma, %25' nin (n=11) sıralama/düzenleme, %22,7' sinin (n=10) bitiricilik, %52,3 (n=23) ritüel-tekrarlayıcı davranışlar şeklinde kompulsiyonlarının var olduğu gösterilmiştir. Olgular baskın obsesyon tiplerine göre incelendiğinde %43,2' sinde baskın obsesyon tipinin kirlenme-bulaş, %25' inde emin olamama/kuşku, %15,9' unda dini, %13,6'sında saldırganlık, %2,3' ünde cinsel obsesyonlar olduğu bulunmuştur. Olgu grubu baskın kompulsiyon tiplerine göre incelendiğinde ise %59,1' inde baskın kompulsiyon tipinin yıkama-temizleme, %34,1' inde kontrol etme, %4,5' inde ritüel/ tekrarlayıcı davranışlar ve %2,3' ünde sayma kompulsiyonlarının olduğu bulunmuştur.

4.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Veriler

Tablo 11 Olgu grubu ve kontrol grubu arasında ÇADÖ-Y alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	GRUP					
	Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
	Ort./Med.	SS./%25-75	Ort./Med.	SS./%25-75	Analiz	p
Ayrılık anksiyetesi	5,57	3,11	4,45	3,06	t=1,69	0,094
Yaygın anksiyete bozukluğu	7,91	4,09	7,55	3,67	t=0,44	0,662
Panik bozukluk	5,50	2,00-8,50	7,00	3,00-11,50	Z=-1,33	0,185
Sosyal fobi	13,14	6,10	10,86	6,16	t=1,74	0,086
Obsesyonlar/kompulsiyonlar	10,11	4,38	6,66	3,96	t=3,88	<0,001
Depresyon	10,52	6,17	8,27	5,13	t=1,86	0,066
Total anksiyete puanı	44,30	18,74	37,18	18,48	t=1,79	0,076
Total anksiyete ve depresyon puanı	53,23	21,22	45,45	22,06	t=1,69	0,096

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, Z=Mann Whitney U testi.

Olgu grubunun obsesyonlar/kompulsiyonlar alt ölçek puan ortalamalarının kontrol grubunun obsesyonlar/kompulsiyonlar alt ölçek ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu (t=3,88, p<0,001) bulunmuştur. Olgu ve kontrol grubu arasında

diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmadaki ÇADÖ-Y ölçeğine ilişkin istatistiksel testler Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 12 Olgu grubu ve kontrol grubu arasında AYDP duyu modaliteleri puan ortalamalarının karşılaştırılması

	GRUP					
	Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	t	p
Tat alma/ koklama	19,70	4,88	18,93	4,12	0,80	0,425
Hareket	19,14	4,11	19,32	4,05	-0,21	0,835
Görsel	24,02	4,59	23,48	4,60	0,56	0,579
Dokunma	31,91	6,75	29,23	6,28	1,93	0,057
Aktivite	26,68	6,08	24,34	5,81	1,85	0,068
İşitsel	29,36	6,36	25,70	6,26	2,72	0,008

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi.

Gruplarda duyuusal sorunların duyu modalitelerine göre dağılımı değerlendirilmiştir. Olgu grubunda işitsel işlem alanında kontrol grubunda göre anlamlı yükseklik bulunmuştur. Tat alma/ koklama, görsel, dokunma ve aktivite alan puanları da olgu grubunda kontrol grubundan yüksek bulunmakla birlikte iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13 Olgu grubu ve kontrol grubu arasında AYDP puan ortalamalarının karşılaştırılması

	GRUP					
	Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	t	p
Duyusal hassasiyet	39,84	8,06	35,30	7,38	2,76	0,007
Duyusal kaçınma	39,09	8,46	33,18	6,54	3,67	<0,001
Düşük kayıt	31,36	8,36	29,16	7,61	1,29	0,199
Duyusal arayış	40,48	9,07	43,61	8,55	-1,67	0,099

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi.

Tablo 13, olgu grubu ve kontrol grubunun AYDP alt ölçek puanlarına ilişkin verileri göstermektedir. AYDP verileri incelendiğinde olgu grubunun duyuusal hassasiyet alt ölçek puan ortalaması 39,84, kontrol grubunun duyuusal hassasiyet alt ölçek puan ortalaması 35,3’tür. Olgu grubunun duyuusal hassasiyet alt ölçek puan ortalamalarının kontrol grubunun duyuusal

hassasiyet alt ölçek puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Duyusal kaçınma alt ölçek puan ortalaması olgu grubunda 39,09, kontrol grubunda 33,18 olarak bulunmuştur. Olgu grubunun duyusal kaçınma alt ölçek puan ortalamalarının kontrol grubunun duyusal kaçınma alt ölçek puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Duyusal arayış ve düşük kayıt alt ölçek puan ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 14 Olgu grubu ve kontrol grubu DDGÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	GRUP					
	Olgu Grubu		Kontrol Grubu			
	Ort./Med.	SS./%25-75	Ort./Med.	SS./%25-75	Analiz	p
Açıklık	13,00	12,00-15,00	12,00	10,00-14,00	Z=-1,567	0,117
Amaçlar	15,68	4,75	14,32	4,22	t=1,424	0,158
Dürtü	15,89	5,65	13,30	5,60	t=2,161	0,033
Stratejiler	21,41	7,81	16,61	6,07	t=3,217	0,002
Kabul etmeme	12,86	6,88	10,00	4,51	t=2,309	0,023
Farkındalık	19,66	4,42	18,75	4,19	t=,990	0,325
Total puan	98,66	25,54	85,39	18,49	t=2,792	0,006

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, Z=Mann Whitney U testi.

Olgu grubunun dürtü, stratejiler, kabul etmeme alt ölçekleri ve total DDGÖ puan ortalamalarının kontrol grubundan istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur. (tablo 14)

4.4. Duyu Profili ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Hastalık Yüküne Etkisine Dair Veriler

Tablo 15 Duyu Profili Alt Ölçeklerinin Hastalık Yüküne Etkisine Dair Veriler

		Obsesyon şiddet puanı	Kompulsiyon şiddet puanı	Genel OKB şiddet puanı	Obsesyon sayısı	Kompulsiyon sayısı
Duyusal hassasiyet	r	0,237	0,100	0,191	0,310	0,401
	p	0,122	0,518	0,214	0,040	0,007
Duyusal kaçınma	r	0,339	0,191	0,282	-0,025	0,127
	p	0,024	0,214	0,064	0,870	0,410
Düşük kayıt	r	0,327	0,295	0,352	0,323	0,266
	p	0,030	0,052	0,019	0,032	0,081
Duyusal arayış	r	0,009	0,095	0,041	0,118	0,247
	p	0,954	0,538	0,793	0,446	0,106

Pearson Korelasyon Analizi

Çalışmada değerlendirilen olgu grubunun düşük kayıt alt ölçek puanları ile kompulsiyon şiddet puanı, genel OKB şiddet puanı, obsesyon sayısı ortalamaları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur. Olgu grubunun duyusal hassasiyet alt ölçek puanı ile obsesyon sayısı ve kompulsiyon sayısı ortalamaları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur. Olgu grubunun duyusal kaçınma ile kompulsiyon şiddet puanları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur. Olgu grubuna ait duyu profili alt ölçeklerinin hastalık yüküne etkisine dair veriler Tablo 16’ da yer almaktadır.

Tablo 16 Duygu Düzenleme Güçlüğü’nün Hastalık Yüküne Etkisine Dair Veriler

		ÇY-BOKÖ- Kompulsiyon	ÇY-BOKÖ- Obsesyon	ÇY-BOKÖ- toplam	Obsesyon sayısı	Kompulsiyon sayısı
Açıklık	r	0,331	0,353	0,369	-0,106	-0,442
	p	0,028	0,019	0,014	0,494	0,003
Amaçlar	r	0,436	0,342	0,415	-0,003	-0,071
	p	0,003	0,023	0,005	0,986	0,645
Dürtü	r	0,505	0,557	0,572	-0,010	-0,122
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,949	0,430
Stratejiler	r	0,487	0,473	0,527	0,042	-0,215
	p	0,001	0,001	<0,001	0,785	0,161
Kabul etmeme	r	0,449	0,402	0,463	-0,121	-0,118
	p	0,002	0,007	0,002	0,433	0,447
Farkındalık	r	0,286	0,199	0,263	-0,095	-0,345
	p	0,060	0,196	0,084	0,539	0,022
Total puan	r	0,573	0,532	0,597	-0,059	-0,251
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,704	0,100

Pearson Korelasyon Analizi

Çalışmada değerlendirilen olgu grubunun kompulsiyon şiddet puanı ile DDGÖ’ nün açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme alt ölçek puanları ve DDGÖ total puanı arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur. Olgu grubunun obsesyon şiddet puanı ile DDGÖ’ nün açıklık, amaçlar, dürtü ,stratejiler, kabul etmeme alt ölçek puanları ve DDGÖ total puanı arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur. Olgu grubunun genel OKB şiddet puanı ile DDGÖ’ nün açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme alt ölçek puanları ve DDGÖ total puanı arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur. Olgu grubunun kompulsiyon sayısı ortalaması ile açıklık ve farkındalık puanları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulunmuştur. (Tablo 16)

4.5. Duyu Profili ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Klinik Prezantastona Etkisine Dair Veriler

Tablo 18 Duyu Profilinin Klinik Prezantasyona Etkisine Dair Veriler

	Baskın Obsesyon Türü							Baskın Kompulsiyon Türü						
	Otojen			Reaktif			p	Yıkama/Temizleme			Kontrol etme			p
	Med.	% 25	%75	Med.	% 25	%75		Med.	% 25	%75	Med.	% 25	%75	
Duyusal hassasiyet	41,50	34,00	47,00	40,50	34,00	45,00	0,743	43,00	37,00	47,00	36,00	34,00	45,00	0,080
Duyusal kaçınma	35,00	32,00	40,00	41,50	34,00	47,00	0,104	41,50	35,00	47,00	38,00	32,00	42,00	0,049
Düşük kayıt	33,50	27,00	40,00	31,00	23,00	38,00	0,236	33,50	27,00	40,00	27,00	21,00	32,00	0,175
Duyusal arayış	45,00	42,00	51,00	39,50	33,00	44,00	0,008	41,50	34,00	48,00	42,00	36,00	50,00	0,828

Mann Whitney U testi sonucu

Olgu grubuna ait duyu profilinin klinik prezantasyona etkisine dair veriler incelendiğinde otojen obsesyon grubunun duyu arayış medyan değerlerinin, reaktif obsesyon grubunun duyu arayış medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p=0,008$) bulunmuştur. Duyu profili alt ölçeklerinin klinik prezantasyona etkisine dair veriler Tablo 17’ de yer almaktadır.

Tablo 18 Duygu düzenleme güçlüğü'nün klinik prezantasyona etkisine dair veriler

	OKB Türü							OKB türü						
	Otojen			Reaktif			p	Yıkama/Temizleme			Kontrol etme			p
	Med.	% 25	%75	Med.	% 25	%75		Med.	% 25	%75	Med.	% 25	%75	
Açıklık	13,00	11,00	16,00	13,50	12,00	15,00	0,712	14,00	13,00	15,00	12,00	10,00	13,00	0,003
Amaçlar	14,50	11,00	18,00	17,50	12,00	20,00	0,411	18,00	12,00	21,00	14,00	12,00	18,00	0,248
Dürtü	15,00	14,00	22,00	13,50	12,00	19,00	0,176	15,00	13,00	22,00	13,00	11,00	15,00	0,128
Stratejiler	23,50	16,00	30,00	19,00	14,00	25,00	0,289	22,00	16,00	30,00	18,00	14,00	25,00	0,107
Kabul etmeme	14,50	11,00	19,00	9,50	7,00	16,00	0,214	12,00	8,00	18,00	9,00	6,00	15,00	0,149
Farkındalık	18,50	16,00	21,00	20,50	16,00	23,00	0,404	21,50	18,00	23,00	19,00	14,00	21,00	0,038
Total puan	98,50	82,00	114,00	94,50	76,00	112,00	0,473	102,00	82,00	124,00	91,00	75,00	98,00	0,055

Duygu düzenleme güçlüğü'nün klinik prezantasyona etkisine dair veriler incelendiğinde, baskın kompulsiyonu yıkama/temizleme olan olguların DDGÖ açıklık ve farkındalık alt ölçek puanları medyan değerlerinin, baskın kompulsiyonu kontrol etme olan olguların DDGÖ açıklık ve farkındalık alt ölçek medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p=0,003$) bulunmuştur. (Tablo 18)

4.6. Duyu Profili ile Duygu düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişkiye Dair Veriler

Tablo 19 Olgu grubunda Duyu Profili ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiye dair veriler

		DUYUSAL HASSASİYET	DUYUSAL KAÇINMA	DÜŞÜK KAYIT	DUYUSAL ARAYIŞ
Açıklık	r	0,134	0,223	0,208	0,091
	p	0,385	0,145	0,175	0,556
Amaçlar	r	0,424**	0,282	0,256	0,178
	p	0,004	0,064	0,094	0,248
Dürtü	r	0,316*	0,256	0,397**	0,102
	p	0,037	0,093	0,008	0,511
Stratejiler	r	0,311*	0,148	0,370*	0,118
	p	0,040	0,339	0,013	0,446
Kabul etmeme	r	0,132	0,181	0,266	-0,065
	p	0,394	0,239	0,081	0,676
Farkındalık	r	0,223	0,285	0,125	0,001
	p	0,145	0,061	0,420	0,994
Total puan	r	0,329*	0,277	0,363*	0,095
	p	0,029	0,069	0,016	0,542

Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 19’ da duyu profili ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiye dair veriler incelenmiştir. Buna göre, çalışmada değerlendirilen olgu grubuna ait düşük kayıt alt ölçek puanları ile DDGÖ dürtü ve stratejiler alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Duyusal hassasiyet alt ölçek puanları ile DDGÖ’ nün amaçlar, dürtü, stratejiler alt ölçek puanları ve DDGÖ toplam puanı) arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda kliniğimize ilk kez başvuran ve daha önce herhangi bir merkezde tanı ve tedavi almamış 11-16 yaş OKB'li ergenler ile yaş, cinsiyet, sosyoekonomik-sosyokültürel düzey açısından benzer özelliklere sahip sağlıklı kontroller duyu profil ve duyu düzenleme güçlükleri açısından karşılaştırılmıştır. Ulaşılabilen literatür dikkate alındığında OKB'li ergenlerde duyu hassasiyet ile duyu düzenleme gücü ilişkisi ve bu iki sorunun klinik prezentasyon ve hastalık yüküne etkisini (semptom şiddeti ve obsesyon/ kompulsyon sayısı) birlikte ele alan ilk çalışma niteliğini taşımaktadır. Çalışmamız, OKB'li çocuk ve ergenlerde duyu işleme ve duygusal düzenleme sorunlarının klinik örneklemimizde ortaya konulması, bu hastalarda duyu hassasiyet ile duygusal düzenleme ilişkisinin varlığının araştırılması açısından önem taşımaktadır. Böylece, uygun tedavi stratejilerinin seçilmesi için de önemli bilgiler sunmaktadır.

OKB ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, grupların yaş dağılımları, ailelerin sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyleri, aile özellikleri benzer bulunmuştur. Bu durum, araştırma hipotezimize ilişkin sonuçların etkisinin doğrudan gözlenmesine olanak sağlamıştır. Mevcut literatür incelendiğinde; OKB hastalarında duyu düzenleme gücü ve/veya duyu hassasiyet araştırılırken OKB'ye sık eşlik eden komorbiditelerin dışlandığı sınırlı sayıda çalışma bulunduğu saptanmıştır. Daha önceki çalışmalarda bu kısıtlılığın önüne geçmek için çalışmamıza mümkün olduğunca pür OKB tanı hastalar dahil edilmiştir.

Klinik uygulamalarda, OKB tanı çocuk ve ergenlerin aile öyküsünde çeşitli psikopatolojilerin mevcut olduğunun gösterildiği ve son yıllarda yapılan birçok araştırmanın da bu klinik uygulamaları desteklediği bilinmektedir. Çalışmamızda olgu grubunun ailelerinde OKB ve depresyon görülme oranlarının kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. OKB'si olan bireylerin akrabalarında OKB prevalansının, kontrollerin akrabalarına göre çok daha fazla olduğunu belirten ve ailesel kümelenmeyi destekleyici nitelikte sonuçlar elde edilen aile çalışmaları bu sonucumuzu desteklemektedir (42). Çalışmamızda olgu grubunun akrabalarında %29.5 oranında OKB öyküsü saptanmış olup bu bulgu Swedo ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur (44). Erişkin OKB hastalarının birinci derece akrabalarında OKB görülme sıklığı %12-25 arasında bildirilmiş olup çalışmamızda bu oran nispeten daha yüksek olması örneklemimizin çocuk ve ergenlerden oluşması ve erken başlangıcın daha fazla ailesel yüklülük ve daha yüksek genetik geçişle ilişkili olmasından kaynaklanıyor olabilir (44, 249). Birinci derece akrabalarında yaşam

boyu depresyon sıklığının araştırıldığı bir çalışmada; çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olacak şekilde OKB tanılı çocukların birinci derece akrabalarında, sağlıklı kontrollere göre daha fazla major depresif bozukluk görüldüğü bildirilmiştir. Aynı çalışmada bu oran depresyonun eşlik etmediği OKB tanılı çocukların birinci derece akrabalarında %19.7, komorbid depresyon tanısı olan OKB'li çocukların birinci derece akrabalarında %46.3, kontrol grubundaki katılımcıların birinci derece akrabalarında ise %15.4 olarak saptanmıştır (250).

Bu çalışmada sosyodemografik verilere ilişkin elde edilen en önemli sonuçlardan biri olgu grubunda anne-baba arasındaki akrabalık oranlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı seviyede yüksek olmasıdır. Literatürde OKB hastalarının ebeveynlerinde akraba evliliği oranlarını inceleyen bir çalışma mevcut olmasa da, akraba evliliğinin hastaların bir kısmında psikiyatrik hastalıkların oluşumundan sorumlu olduğunu ortaya koyan araştırmaların varlığı sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Akraba evliliği, genetik geçiş gösteren hastalıkların yaygınlığını ve klinik prezentasyonunu etkileyen önemli sosyokültürel durumlardan birisidir ve resesif genlere bağlı hastalıkların kalıtılma olasılığını arttırarak psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığını arttırabilmektedir. Akraba evliliği bazı kopya sayısı değişikliklerinin veya de nova mutasyonların kuşaklar arasında aktarılmasına ve ailelerde bu yatkınlığın birikmesine neden olabilmektedir (251).

Örneklemimizde olgu grubundaki çocuk ve ergenlerin OKB belirtileri ve belirtili şiddetleri Ç-YBOKÖ ile değerlendirilmiştir. Olgu grubunda obsesyonların tipi kirlenme/bulaş ,cinsel, dini, saldırganlık, simetri, emin olamama/kuşku, biriktirme, somatik ve diğer obsesyonlar olarak, kompulsiyonların tipi ise, kontrol etme, sıralama/düzenleme, sayma, yıkama/temizleme, biriktiricilik, ritüel/tekrarlayıcı davranışlar ve diğer kompulsiyonlar olarak gruplandırılarak sorgulanmıştır. Literatürde yer alan bir çalışmada çocuk ve ergen OKB'lilerde ortalama obsesyon ve kompulsiyon sayısı sırasıyla 1.77 ve 2.2 olarak saptanmıştır (252). Çalışmamızda ise obsesyon sayısı ortalamalarının $2,32 \pm 1,01$ ve kompulsiyon ortalamalarının $2,64 \pm 1,24$ olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar erken başlangıçlı OKB'nin daha sık çoklu obsesyon ve kompulsiyon çeşitleri ve daha yüksek hastalık şiddeti ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalarla uyumludur(122,123).

Çalışmamızın örneklemini baskın obsesyon ve kompulsiyon açısından değerlendirildiğinde en sık görülen baskın obsesyonun kirlenme/ bulaş obsesyonu (%43.2) olduğu, bunu emin olamama/ kuşku obsesyonunun (%25) izlediği, en sık görülen baskın kompulsiyonun ise %59.1 ile yıkama kompulsiyonunun olduğu, ikinci en sık baskın kompulsiyonun ise %34.1 ile kontrol kompulsiyonu olduğu tespit edilmiştir. 9-15 yaş arası OKB tanılı çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada en sık obsesyonun kirlenme-bulaş (%49),

en sık görülen kompulsiyonun ise temizlenme (%68) olduğu bildirilmiştir (253). Ülkemizde yapılan geniş örneklemliler bir çalışmada ise en sık görülen obsesyonların kirlenme, simetri ve dini obsesyonlar olduğu, en sık görülen kompulsiyonların yıkama/temizleme, kontrol etme ve tekrarlayıcı ritüel davranışlar olduğu bulunmuştur (151). Çocuk ve ergenlerde obsesyon ve kompulsiyon içerikleri açısından görülen farklılıkların farklı gelişim evrelerine uygun içerikler şeklinde kliniğe yansıdığı bilinmektedir. Obsesif kompulsif bozuklukta belirti boyutlarının klinik görünümü üzerine yaşın etkileri ile ilgili sistematik bir değerlendirmede; dini ve cinsel obsesyonların ergenlerde, çocuk ve yetişkinlere göre daha yaygın olduğu belirtilmiştir(121). Çalışmamızın örnekleminin daha çok ergen yaş grubundan oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda sonuçlarımızda en sık baskın obsesyonlardan birinin de dini obsesyonlar (%15,9) olması beklediğimiz bir sonuçtur.

Olgu grubu semptom şiddeti açısından incelendiğinde genel OKB şiddet puan ortalaması $26,11 \pm 5,57$ 'dir. Olgu grubumuzun şiddetli vakalardan oluştuğu görülmektedir. Bu sonuç çocukluk çağı başlangıçlı OKB' nin daha yüksek semptom şiddeti ile ilişkili olduğunu, var olan bu ilişkinin obsesyonlara karşı içgörünün yaşla birlikte gelişmesine bağlı olarak çocukların semptomlarının farkında olmamaları, ebeveynlerinin semptomları fark etmemeleri, fark ettiklerinde ise bir bozukluk olarak düşünmemeleri gibi nedenlerle semptomların başlamasıyla tedavi için başvuru arasında geçen sürenin uzaması ve bu nedenle daha şiddetli semptomlarla başvurabilmelerinden kaynaklanabileceğini belirten çalışmaları desteklemektedir (123). Ayrıca örnekleminizin tedavi almamış hastalardan oluşması da daha şiddetli semptomlarla başvurmalarına neden olmuş olabilir.

Literatürde OKB'li çocuk ve ergenlerde duyuşal işleme bozukluğu varlığını farklı değerlendirme araçlarıyla araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla OKB tanılı çocuk ve ergenlerde herhangi bir eştanıya sahip ve/veya psikotrop ilaç kullanım öyküsü olan hastaların ekartasyonu sonrası duyuşal işleme özelliklerinin incelendiği ilk çalışmadır. Çalışmamızın sonuçlarına göre 11-16 yaş arası OKB'li çocuk ve ergenlerde sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla duyuşal hassasiyet ve duyuşal kaçınma görülmektedir. Bu sonuç OKB tanılı yetişkinlerin duyuşal işleme özelliklerini incelemek için AYDP' nin kullanıldığı çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir (193). 7-18 yaş OKB'lerin aynı yaş grubundaki anksiyete bozukluğu olan hastalar ve sağlıklı kontrollerle kıyaslandığı yakın tarihli bir çalışmada, OKB hastalar ve sağlıklı kontroller arasında duyuşal kaçınma ve duyuşal hassasiyet dahil olmak üzere AYDP' nin tüm alt ölçeklerinde anlamlı fark saptanmıştır (194). Duyuşal kaçınma alt ölçeğinde alınan yüksek puanlar duyuşal işleme ve duyuşal hassasiyet ile ilişkili yaşanan sorunların OKB' de sık görülen kaçınma davranışlarına

neden olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda OKB’de görülen kirlenme/bulaş grubu belirtilerin bir tür koku, tat ve dokunsal hassasiyet olarak görülebilen “iğrenme/tiksinti” ile ilişkili olduğu ve duyuşal hassasiyetin genellikle temizleme kompulsiyonları ve kirlenmeden kaçınma davranışlarına yol açtığı bildirilmiştir (254).

AYDP ölçeğinde duyuşal modalitelerin dağılımı incelendiğinde ise olgu grubunda kontrol grubuna kıyasla işitsel alanda anlamlı yükseklik bulunmuştur. Tat alma/koklama, görsel, dokunma ve aktivite alanlarında alınan puanların da olgu grubunda kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmekle birlikte iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç, OKB hastalarında görülen duyuşal hassasiyet ve duyuşal kaçınmanın muhtemelen işitsel uyaranlara karşı olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde OKB’ li çocuklarda özellikle işitsel uyaranlara karşı duyuşal hassasiyet ve duyuşal kaçınma davranışı olduğuna dair bir çalışma bulunmamış olsa da sonuçlarımız dokunma, tat/koku alma ve görsel/işitsel duyuşal işleme sorunlarının bu hastalarda mevcut olduğunu gösteren çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Duyuşal hassasiyetin OKB’si olan çocuk ve ergenlerde nispeten yaygın olduğunu belirten bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen hastaların %32,5’ inde dokunsal hassasiyet, %20,3 görsel/işitsel hassasiyet ve %20,5 tat/koku alma alanında duyuşal hassasiyet olduğu bildirilmiştir (20). Çevreden gelen ses şeklindeki uyaranlara karşı hassasiyet ve tetikleyici sesten kaçınma davranışı olarak tanımlanan ve bir çeşit duyuşal hassasiyet olan mizofoninin obsesyon, kompulsiyon ve impulsivite açısından OKB ile benzer belirtileri içerdiğini ve OKB ile sık birliktelik gösterdiğini ortaya koyan çalışmalar da OKB’ de işitsel uyaranlara karşı duyuşal hassasiyet ve duyuşal kaçınmanın yüksek olduğunu gösteren sonuçlarımızı desteklemektedir (255,256). Ek olarak, duyuşal hassasiyet ve duyuşal kaçınmanın Dunn’ın işleme modeline göre düşük nörolojik eşik kalıpları olduğunu göz önünde bulunduracak olursak, OKB’li çocuklarda yüksek duyuşal hassasiyet ve duyuşal kaçınmanın olduğunu gösteren bulgularımız bu çocukların aynı zamanda sağlıklı kontrollere kıyasla duyuşal uyaranlara karşı daha düşük nörolojik eşik sahibi olduğunu ortaya koymaktadır.

Duyuşal hassasiyet ile OKB arasındaki potansiyel ilişkiye rağmen, mevcut literatürde OKB’ deki mevcut duyuşal hassasiyetin OKB’nin klinik prezentasyonu ve hastalık yüküne etkisini birlikte ele alan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu açıdan çalışmamız OKB’ li hastalarda bu iki ilişkiyi de inceleyen ilk çalışmadır. Ayrıca, daha önce yapılan çalışmalarda hem OKB’ nin otojen ve reaktif alt grupları hem de yıkama/temizleme ve kontrol etme kompulsiyonları yaş, cinsiyet, komorbidite, tedavi yanıtı ve yürütücü işlevler gibi pek çok özellik açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmamız bu grupları duyuşal hassasiyet açısından karşılaştıran ilk çalışmadır. Olgu grubu AYDP puanları açısından incelendiğinde; otojen ve

reaktif grup arasında duyuşal arayış dışındaki alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kontrol etme kompulsiyonu ve yıkama/ temizleme kompulsiyonu olan gruplar arasında ise alt ölçeklerin hiçbirinde anlamlı fark görülmemiştir. OKB' li çocuklarda duyuşal hassasiyetin klinik prezentasyona etkisini değerlendirmek için Kısa Duyu Profiline kullanıldığı bir çalışmada, yüksek duyuşal hassasiyet ile reaktif obsesyonlar grubunda yer alan bulaş obsesyonları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (20). Çalışmamızda küçük örneklem sayısı nedeniyle spesifik semptom boyutları ile duyuşal hassasiyet ilişkisi araştırılamamıştır. Ancak duyuşal hassasiyet açısından OKB alt gruplarında yaptığımız karşılaştırmanın bu alandaki kısıtlı literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Duyuşal arayış içinde olan bireyler; yeni, çeşitli, karmaşık ve yoğun duyuları ve deneyimleri arama eğilimleri nedeniyle bu tür deneyimler uğruna fiziksel, maddi ve hukuşal riskler alma gibi dürtüsel davranışlar gösterebildiği bilinmektedir (257). Otojen ve reaktif alt grupları ile drtselliğin ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında ise otojen obsesyonu olan bireylerin reaktif obsesyonu olan bireylere göre daha yüksek dürtüsellik gösterdiğini bildiren erişkin çalışmalarının mevcut olduğu görülmektedir (258, 259). Çalışmamızda otojen obsesyon grubunda yer alan olgularda duyuşal arayışın reaktif obsesyon grubuna göre yüksek olması, otojen obsesyonlar ile dürtüsellik arasında ilişkiyi ortaya koyan çalışmaları destekler nitelikte bir bulgudur.

Duyuşal işleme bozukluğunun OKB' nin klinik prezentasyonuna etkisinin incelendiği bir çalışmada, reaktif obsesyon grubunda yer alan obsesyonlardan biri olan simetri obsesyonları ile duyuşal işleme bozukluğu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (191). Bizim çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada, duyuşal işlemeyi değerlendirmek adına toplam duyu profili puanı kullanılmış, duyuşal hassasiyet alt leğinin de yer aldığı duyu profilinin dört alt leğinin klinik prezentasyona etkisi ayrı ayrı ele alınmamıştır. Tüm bu sonuçlar birlikte ele alındığında duyuşal işlemede yaşanan sorunların klinik prezentasyon üzerine etkisinin olabileceği, bu muhtemel etkiyi duyuşal hassasiyetin değil duyuşal arayış davranışının belirlediği ve bu etkinin otojen obsesyonlar üzerinde daha fazla olduğu sonucuna varılabilir.

Duyuşal hassasiyet ile hastalık yükü (semptom şiddeti/ obsesyon-kompulsiyon sayısı) arasındaki ilişki incelendiğinde olgu grubunda duyuşal hassasiyet ile obsesyon sayısı ve kompulsiyon sayısı arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur. Hastalık yükünün bir başka belirteci olan semptom şiddeti ile duyuşal hassasiyet arasında ise böyle bir ilişki gösterilememiştir. 3-17 yaş arası OKB tanılı ocuk ve ergenlerde duyuşal hassasiyetin incelendiği bir çalışmada; bulgularımızın aksine duyuşal hassasiyetin büyüklüğü ile kompulsiyonların şiddeti ve genel OKB şiddeti arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı

çalışmada çalışmamızla tutarlı olarak obsesyon şiddetiyle duyuşal hassasiyet arasında anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir. Fakat bu çalışmada anksiyete bozukluğu ve nörogelişimsel bozukluklar gibi duyuşal hassasiyetin sık görüldüğü ve OKB'nin hastalık yükünü etkileyebilen komorbid durumlar dışlanmamıştır (20). Çalışmamıza pür OKB hastalarını dahil etmemiz bu hastaları, komorbiditelerin duyuşal hassasiyet ve hastalık yüküne etkilerinden izole ederek duyuşal hassasiyet ile hastalık yükü ilişkisini daha sağlıklı bir şekilde incelememize olanak sağlamıştır. Ayrıca çalışmamızda, duyuşal kaçınmanın kompulsiyon şiddeti ile ilişkili olduğu, obsesyon şiddeti ve genel OKB şiddeti üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bu sonuç, kompulsiyonları obsesyonların neden olduğu anksiyeteyi ortadan kaldırmak üzere meydana gelen kaçınma yanıtı olarak tanımlayan davranışçı modelle açıklanabilir (111). OKB'lerde duyuşal uyarıların neden olduğu anksiyete karşı aktif yanıt (duyuşal kaçınma) ne kadar fazlaysa kompulsiyon şiddetinin o kadar arttığı sonucuna varabiliriz.

Günlük dokunma ve işitsel duyuşlara karşı duyuşal hassasiyetin OKB semptom sayısı üzerine etkisini iki farklı yaş grubunda (8 ve 13 yaş) karşılaştıran bir çalışmada; üç veya daha fazla OKB semptomu bildiren 13 yaş grubundaki çocuklar, iki veya daha az OKB semptomu olan çocuklara göre dokunma ve işitsel duyuşlara karşı daha fazla duyuşal hassasiyet bildirmişlerdir (260). Bu araştırma, duyuşal hassasiyet ile OKB semptom sayısı arasındaki ilişkinin varlığını ortaya koyan bulgularımızı desteklemektedir. Duyuşal hassasiyetin hastalık yüküne etkilerine dair sonuçlarımızı özetleyecek olursak, duyuşal hassasiyetin hastalık yükünü etkilediğini, bu etkiyi obsesyon ve kompulsiyon sayısını arttırarak yaptığını, semptom şiddetine herhangi bir etkisinin olmadığını ve kompulsiyon şiddetini etkileyen duyuşal işleme bozukluğunun duyuşal kaçınma olduğunu söyleyebiliriz. Yani duyuşal hassasiyeti yüksek olan OKB'li çocuklar bir duyuşal uyarı karşısında birden farklı yanıt geliştirirken bu yanıtın şiddeti değişmemektedir.

Çalışmamızda olgu ve kontrol grubu duyuş düzenleme güçlükleri açısından DDGÖ ile karşılaştırılmış ve olgu grubu tüm alt ölçeklerde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek puan almıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ise dürtü, stratejiler ve kabul etmeme alt ölçek puanlarında ve total ölçek puanında saptanmıştır. Bulgularımız OKB' lilerin daha fazla duyuş düzenleme sorunları yaşadığını belirten literatür ile uyumludur (12,13). OKB tanıli erişkinlerde yapılan bizim çalışmamıza benzer desenli bir çalışmada, OKB' li hastaların kontrol grubuna kıyasla DDGÖ' nün tüm alt ölçeklerinde daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir (261). OKB'de duyuş düzenleme güçlüklerini değerlendirmek amacıyla DDGÖ ve Duyuş Düzenleme Anketi'nin kullanıldığı bir çalışmada çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde duyguları baskılama, dürtü, farkındalık ve duyuşal netlik puanlarının OKB belirtilerini öngörmede

önemli belirteçler olduğu öne sürülmüştür (13). OKB’li hastalarda kullanılan duygu düzenleme stratejilerini inceleyen bir çalışmada, bu hastalarda işlevsel duygu düzenleme stratejilerini kullanmada güçlük yaşandığı ve obsesif kompulsif bozukluk belirti düzeyi yüksek olan bireylerin birçok psikopatolojik belirti için önemli bir risk faktörü oluşturduğu bilinen “bastırma” stratejisini daha yüksek, işlevsel olan “bilişsel yeniden değerlendirme” stratejisini ise daha düşük düzeyde kullandığı bildirilmiştir (16,262). Çalışmamız, olumsuz duygulardan kaçınmak yerine duyguların kabulünü temel alan Kabul ve Kararlık Terapisi (ACT) 'nin OKB'nin şiddetini azalttığını gösteren önceki araştırmalarla da desteklenmektedir (263). Ayrıca kontrollere kıyasla olgu grubunda daha yüksek kabul etmeme ve stratejiler puanları, kompulsiyonların duyguları bastırmanın veya deneyimlemekten kaçınmanın bir yolu olarak kavramsallaştırılabileceğini göstermektedir.

OKB ile ilgili birçok çalışmada dürtüsellüğün OKB’nin temel belirtilerinden biri olduğu gösterilmiştir. Barrat Dürtüsellik Ölçeği 11 (BDÖ-11) kullanılarak 11-18 yaş grubu OKB ergenlerin dürtüsellüğün alt boyutlarının sağlıklı kontrollerle kıyaslandığı bir çalışmada, OKB grubunda tüm alt ölçeklerde ve toplam ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik bulunmuştur (264). Cyders ve Smith duygusal sıkıntıya yanıt olarak dürtüsel hareket etme eğiliminin, olumsuz duygusal deneyimleri azaltma veya bunlardan kaçınma girişimleri olarak uyumsuz davranışlarla ilişkili olduğunu öne sürmüştür (265). Çalışmamız OKB tanılı çocuk ve ergenlerde daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşanmasının kendilerinde ortaya çıkan duyguları kabul etmemeleri ve duygularını düzenlemek için işlevsel duygu düzenleme stratejilerini kullanmakta zorlanmalarından kaynaklandığını, ayrıca bu hastaların duygusal sıkıntı yaşadıklarında davranışlarını kontrol etmekte güçlük çekerek uyumsuz kaçınma davranışları yoluyla anında rahatlama arama eğiliminde olduklarını göstermektedir.

Mevcut literatür incelendiğinde, OKB’ de duygu düzenleme güçlükleri ile klinik prezentasyon ve hastalık yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sınırlı olduğu ve mevcut çalışmalarda bu faktörlerin daha çok erişkin OKB hastalarında araştırıldığı görülmektedir. Çalışmamız OKB tanılı çocuk ve ergenlerde duygu düzenleme güçlükleri ile klinik prezentasyon ve hastalık yükünün ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır. Çalışmamızda duygu düzenleme güçlüğü ile klinik prezentasyon arasındaki ilişki incelendiğinde hem obsesyon alt grupları arasında hem de kompulsiyon alt grupları arasında duygu düzenleme güçlüğü açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Kirlenme, simetri , kabul edilemez düşünceler ve saldırganlık belirtilerinin duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada, bulgularımızla uyumlu olarak belirti boyutları arasında duygu düzenleme güçlüğü açısından fark olmadığı bildirilmiştir (13). Duygu düzenleme güçlüklerinin obsesyon tipleriyle

bağlantısını inceleyen bir erişkin çalışmada; otojen grubun DDGÖ total puanın reaktif gruba kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (261). Çalışmamızın aksine OKB' lilerde görülen duygu düzenleme güçlüklerinin muhtemelen otojen obsesyonlarla ilişkili olabileceğini öne süren bu bulgunun metodolojik farklılıktan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bu çalışmanın metodolojisini incelediğimizde bizim çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada psikotrop ilaç kullanımı, psikoterapi ve eşanılar gibi duygu düzenleme gücüğü üzerine etki edebilecek unsurların ekartasyonunun yapılmadığını görmekteyiz. Ayrıca literatürde otojen ve reaktif gruplar arasında tedavi yanıtı ve eşlik eden psikiyatrik hastalıklar açısından farklılıklar olduğunu bildiren araştırmaların varlığı (129,130,133) da bu unsurların ekartasyonunun yapılmasının gerekli olduğunu göstermektedir. Tüm bu bulgular ışığında, duygu düzenleme gücüğüünün tüm OKB tanılı çocuk ve ergenler için genel bir sorun olduğu ve bu hastalarda semptomların ortaya çıkmasının altında yatan nedenlerden biri olabileceği fakat klinik prezentasyon üzerine etkisinin olmadığı sonucuna varmaktayız.

OKB hastalarında duygu düzenleme güçlükleri ile hastalık yükü arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; farkındalık alt ölçeği hariç DDGÖ'nün tüm alt ölçek puanları ve total puanı ile obsesyon şiddeti, kompulsiyon şiddeti ve genel OKB şiddeti arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu fakat duygu düzenleme gücüğü ile semptom sayısı arasında korelasyon olmadığı saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir erişkin çalışmada bizim çalışmamızın sonuçlarıyla tutarlı olarak obsesyon şiddeti ile DDGÖ'nün "farkındalık" alt ölçeği hariç tüm alt ölçek puanları ve total puanı arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (261). Klinik olmayan bir popölasyonda ve benzer şekilde toplum temelli başka bir çalışmada obsesif kompulsif belirti şiddetinin duygu düzenleme güçlükleriyle ilişkili olduğunu bildirilmiştir (13,266). OKB ve biriktirme bozukluğu olan hastalarda duygu düzenleme gücüğüünü araştıran başka bir çalışmada, artan OKB şiddeti ile artmış duygu düzenleme gücüğü arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu gösterilmiştir (236) Özetle, çalışmamız OKB tanılı çocuk ve ergenlerde görülen duygu düzenleme güçlüklerinin bu hastalarda hastalık yüküne etkisinin olduğunu, bu etkinin semptom şiddetiyle ilişkili olduğunu, semptom sayısı ile böyle bir ilişkinin görülmediğini ortaya koymuştur.

Son olarak çalışmamız OKB tanılı çocuk ve ergenlerde duyuasal hassasiyet ve duygu düzenleme gücüğü arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır. Çalışmamızda duyuasal hassasiyet ile duygu düzenleme gücüğü arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur. OKB tanılı çocuk ve ergenlerde mevcut olan yüksek duyuasal hassasiyetin duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerle ilişkili olduğuna yönelik bulgumuz, duyuasal işleme hassasiyetinin

davranışsal ve duygusal tepkiselliğe neden olduğunu ve bu bireylerin duygularını düzenlemede zorluk yaşadığını öne süren literatür bilgisiyle uyumludur (174).

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Bu kısıtlılıklardan ilki çalışmamızın izlem çalışması olmayıp hastaların tek bir görüşmeci ile ve kesitsel olarak değerlendirilmesidir. Bir diğer kısıtlılık çalışmamızın küçük bir örneklemden oluşmasıdır. Daha büyük bir örneklemde yapılacak ileri çalışmaları belirtilerin dağılımı ve birbirleriyle ilişkisinin istatistiksel geçerliliklerini arttıracaktır. Obsesyon türleri arasında yer alan kuşku obsesyonunun ÇY-BOKÖ semptom tarama listesinde bulunmaması ve çalışmamızda obsesyon türleri arasında kuşku obsesyonun yer alması, OKB semptomları için ek olarak farklı bir semptom tarama ölçeği kullanılmasının daha yararlı olacağını düşündürmektedir. Otojen ve reaktif grupları tam olarak belirleyecek net bir envanter bulunmaması, duygusal hassasiyet ve duygu düzenleme güçlüğü değerlendirmek için verilen ölçeklerin öz bildirime dayalı olması, çalışmaya dahil edilen hasta ve kontrol grubuna zeka testi uygulanmamış olması ve bu çocuk ve ergenlerin entelektüel yetilerinin sadece klinik olarak değerlendirilmiş olması çalışmamızın diğer kısıtlılıklarıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma bilindiği kadarıyla OKB'li çocuk ve ergenlerde herhangi bir eştanıya sahip ve/veya psikotrop ilaç kullanım öyküsü olan hastaların ekartasyonunun yapılarak duygu düzenleme güçlüğü ve duyusal hassasiyetin bu çocuklarda hastalık yükü ve klinik prezentasyona etkisinin birlikte ele alındığı ilk çalışmadır.

OKB'li hastalarda duyusal hassasiyet ve duygu düzenleme güçlüklerinin sağlıklı kontrollere göre yüksek olması; ayrıca duyusal hassasiyetin OKB semptom sayısı ile ilişkili iken duygu düzenleme güçlüklerinin daha çok OKB semptom şiddetiyle ilişkili olması; duygu düzenleme ve duyusal hassasiyetin klinik prezentasyonla ilişkisinin olmaması bu çocuklarda gerek tanısal değerlendirme gerekse çeşitli medikal tedavi dışı tamamlayıcı ve alternatif tedaviler bakımından ruh sağlığı profesyonellerine yeni fikirler vermesi açısından dikkat çekmektedir. Özellikle duygu düzenleme güçlükleriyle OKB semptom şiddetindeki artış arasındaki ilişkiye duyusal hassasiyetin olası etkisinin ileri çalışmalarla ve daha büyük örneklemeler ile incelenmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolters Kluwer, Philadelphia, Pa; 2015.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM -5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, çev Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
3. Kaplan HI, Sadock B. J. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. Williams & Wilkins Co; 1988
4. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Archives of disease in childhood. 2015; 100(5), 495-499.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10. baskı. Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
6. Shafran R. Cognitive-Behavioral Models of OCD. Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder, Springer US. 2006; 229-260
7. Højgaard DRMA, Hybel KA, Ivarsson T, Skarphedinsson G, Becker Nissen J, Weidle B, et al. One-Year Outcome for Responders of Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017; 56(11): 940-947.
8. Oatley K, Johnson-Laird PN. Cognitive approaches to emotions. Trends in cognitive sciences. 2014; 18(3), 134-140.
9. Wenar C, Kerig P. Developmental psychopathology: From infancy through adolescence. McGraw-Hill, 2000.
10. Ochsner KN, Gross, J J. The cognitive control of emotion, trends in cognitive sciences. 2005; 9 (5): 242-249.
11. Salkovskis PM, Millar JF. Still Cognitive After All These Years? Perspectives for a Cognitive Behavioural Theory of Obsessions and Where We Are 30 Years Later. Aust Psychol. 2016; 51(1) 3-13.
12. Yap K, Mogan C, Moriarty A, Dowling N, Blair-West S, Gelgec C. Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychol. 2018; 74(4): 695–709.
13. Fergus TA, Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive–compulsive symptoms: A further examination of associations. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2014; 3(3), 243–248.

14. Allen LB, Barlow DH. Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*. 2009; 33(6), 743-762.
15. Miller LJ, Reisman, J., McIntosh DN, Simon J. The ecological model of sensory modulation: Performance of children with fragile X syndrome, autism, ADHD, and SMD. *Sensory integration and developmental disabilities. Therapy Skill Builders*; 2001
16. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26(1) 41-54.
17. Cosbey J, Johnston SS, Dunn ML, Bauman M. Playground behaviors of children with and without sensory processing disorders. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2012; 32(2), 39-47
18. Brown C, Dunn W. *Adolescent-Adult Sensory Profile: User's Manual: Therapy Skill Builders*, 2002
19. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP, Marcks BA. Body-focused repetitive behavior problems: Prevalence in a nonreferred population and differences in perceived somatic activity. *Behavior Modification*. 2002; 26(3), 340-360.
20. Lewin AB, Wu MS, Murphy TK, Storch EA. Sensory Over-Responsivity in Pediatric Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2015; 37(1), 134–143.
21. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13. Baskı*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2015.
22. Köroğlu E. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
23. Beşiroğlu L. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: Tedavi yanıtı için önemli mi? *Psikiyatride Güncel*. 2014; 3: 221-29.
24. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther*. 2003; 41(1): 11-29.
25. Zitterl W, Lenz G, Mairhofer A, Zapotoczky H. Obsessive-Compulsive Disorder: Course Interaction with Depression. *Psychopathology*. 1990;23(2):73-80.
26. Akgün N. *Obsesyonel nevroz saplantı zorlantı bozukluğu*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 1989.
27. Pitman RK. Janet's Obsessions and Psychasthenia: A synopsis. *Psychiatric Quarterly*. 1984; 56(4), 291-314.

28. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Yenilenmiş 11. Basım. Ankara:Nobel Tıp Kitapevi; 2011.
29. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ et al. Should ocd be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety*. 2010;27(6):495-506.
30. Rapoport JL. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. American Psychiatric Publishing; 1989
31. Atmaca S. Lacan'ın özne kurulum yaklaşımına göre obsesyon nevrozu. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*. 2017;4(1):14-25.
32. Tükel R DM. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2017.
33. Beşiroğlu L, Ağargün, MY. Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17 (3): 213-222
34. Brynska A, Wolanczyk T. Epidemiology and phenomenology of obsessivecompulsive disorder in non-referred young adolescents: a Polish perspective. *European child & adolescent psychiatry*. 2005;14(6):319-27.
35. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
36. de Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB et al. Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *Eur Psychiatry*. 2008;23(3):187-194.
37. Delorme R, Golmard JL, Chabane N , Millet, B, Krebs, MO, Mouren-Simeoni, M. C., & Leboyer, M. Admixture analysis of age at onset in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*. 2005; 35(2), 237-243.
38. Stewart SE, Geller DA, Jenike M, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110: 4-13.
39. Stewart SE, Lafleur D, Dougherty DD, Wilhelm S, Keuthen NJ, Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive and related disorders. In: Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF (Eds.), *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2th ed. Boston: Elsevier; 2016.
40. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL, Cuffe SP. Frequency of obsessive compulsive disorder in a community sample of young

- adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994; 33(6): 782-791
41. Arısöy Ö. Psikiyatrik genetik. *Düşünen adam* 2004; 17:109-25.
42. Grados M, Wilcox HC: Genetics of obsessive-compulsive disorder: a research update. *Expert Rev Neurother* 2007; 7:967–980
43. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*; 1995.
44. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL, Cheslow DL. Obsessivecompulsive disorder in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*.1989; 46:335-341
45. Van Grootheest DS, Catch DC, Beekman AT and Boomsma DI. Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet* 2005; 8:450-458.
46. Bhattacharyya S, Prasanna CLN, Khanna S, Reddy YCJ, Sheshadri S. A family genetic study clinical subtypes of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Genet* 2005; 15:175-180.
47. Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet*. 2005; 8:450- 458.
48. International Obsessive Compulsive Disorder Foundation Genetics Collaborative (IOCDF-GC) and OCD Collaborative Genetics Association Studies (OCGAS): Revealing the complex genetic arehitecture of obsessive-compulsive disorder using meta-analysis. *Mol Psyehiatry*. 2018;23(5):1181-88.
49. Bayar R, Yavuz M. Obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye’de Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi* 2008; 62:185-92.
50. Nestadt G, Samuels J, Riddle, M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M, Hoehn-Saric R. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 2000; 57, 358-363
51. Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GE, Cohen DJ. Gilles de la Tourette’s syndrome and obsessive-compulsive disorder: evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry*. 1986; 43:1180-1182
52. Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2005; 15: 45-52.
53. Başaran N. *Tıbbi Genetik Ders Kitabı*. Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul 1996; 6. Basım; 298

54. Hanna GL, Veenstra-VanderWeele J, Cox NJ, Boehnke M, Himle JA, Curtis GC et al. Genome-wide linkage analysis of families with obsessive-compulsive disorder and related disorders. *Am J Med Genet* 2002; 114:541-552
55. Taylor S. Molecular genetics of obsessive–compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Molecular psychiatry*. 2013;18(7):799-805.
56. Hemmings SM, Stein DJ. The current status of association studies in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*. 2006;29(2):411-44.
57. Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: A review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(2):149-163.
58. Gomes CK, Vieira-Fonseca T, Melo-Felippe FB, de Salles Andrade JB, Fontenelle LF, Kohlrauseh FB. Association analysis of SLC6A4 and HTR2A genes with obsessive-compulsive disorder: Influence of the STin2 polymorphism. *Compr Psychiatry*. 2018;82:1-6.
59. Taj MJ, Viswanath B, Purushottam M, Kandavel T, Janardhan Reddy YC, Jain S. DRD4 gene and obsessive compulsive disorder: Do symptom dimensions have specific genetic correlates? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2013;5(41):18-23.
60. Taylor S. Molecular genetics of obsessive–compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Molecular psychiatry*. 2013; 18(7), 799-805.
61. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *Clin Psychiatry*. 2004;65(Suppl 14):18-21.
62. Tahiroğlu A, Çelik G. Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar. Akay AP, Ercan ES, Perçinel İ ve ark. (Ed), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde 1. Basım. Ankara: Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. s. 268-310.
63. Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*. 2002; 360(9330): 397-405.
64. Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby EV, Lenane MC, Cheslow DL, Hamburger SD. Treatment of obsessive compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1088-1092.
65. Altemus M, Swedo SE, Leonard HL, et al. Changes in cerebrospinal fluid neurochemistry during treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(10):794-803.
66. Insel TR, Mueller EA, Alterman I, Linnoila M, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection? *Biological psychiatry*. 1985;20(11):1174-88.

67. Marazziti D, Pfanner C, Palego L, Gemignani A, Milanfranchi A, Ravagli S, et al. Changes in platelet markers of obsessive-compulsive patients during a double-blind trial of fluvoxamine versus clomipramine. *Pharmacopsychiatry*. 1997;30(06):245-9.
68. Karşlıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2007; 10(3), 3-13.
69. Işıklı S, Gönül A. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(3):24-32.
70. Szechtman H, Sulis W, Eilam D. Quinpirole induces compulsive checking behavior in rats: a potential animal model of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behavioral neuroscience*. 1998;112(6):1475.
71. Swedo SE, Leonard HL, Kruesi MJ, Rettew DC, Listwak SJ, Berrettini W, Rapoport, J. L. Cerebrospinal fluid neurochemistry in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1992;49(1), 29-36.
72. Thorén, P, Åsberg, M, Bertilsson L, Mellström, B., Sjöqvist F, Träskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: II. Biochemical aspects. *Archives of general psychiatry*; 1980.
73. Benkelfat C, Mefford IN, Masters CF, Nordahl TE, King AC, Cohen RM, Murphy DL. Plasma catecholamines and their metabolites in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 1991; 37(3), 321-331.
74. Hollander E, Stein DJ, Saoud JB, DeCaria CM, Cooper TB, Trungold S ve ark. Effects of fenfluramine on plasma HVA in OCD. *Psychiatry Res*. 1992;42: 185-187.
75. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(Suppl 14), 11-17.
76. Rosse RB, McCarthy MF, Alim TN, Deutsch SI. Saccadic distractibility in cocaine dependent patients: a preliminary laboratory exploration of the cocaine-OCD hypothesis. *Drug alcohol dependence*. 1994;35(1):25-30.
77. Westenberg HG, Fineberg NA, Denys D. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond. *CNS spectrums*. 2007;12(S3):14-27.
78. Gök Ş, Demet MM, Öztürk Z. Glutamate mGlu5 receptor antagonist, MPEP, reduces the quinpirole-induced compulsive-like checking in rats. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017;15, 13-18.

79. Arnold PD, Sicard T, Burroughs E, Richter MA, Kennedy JL. Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(7):769-76.
80. Rosenberg DR, MacMillan SN, Moore GJ. Brain anatomy and chemistry may predict treatment response in paediatric obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2001;4(2):179-90.
81. Moore GJ, MacMaster FP, Stewart C, Rosenberg DR. Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 1998;37(6):663-7.
82. Rosenberg DR, Keshavan MS, O'Hearn KM, Dick EL, Bagwell WW, Seymour AB, et al. Frontostriatal measurement in treatment-naïve children with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(9):824-30.
83. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*. 2005;30(9):1735-40.
84. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(2):264-71.
85. Mercadante MT, Diniz JB., Hounie AG, Ferrão Y, Alvarenga P, Brotto S, et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever patients. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2005; 17(4), 544-547.
86. Pavone P, Bianchini R, Parano E, Incorpora G, Rizzo R, Mazzone L ve ark. Anti-brain antibodies in PANDAS versus uncomplicated streptococcal infection. *Pediatr Neurol*. 2004;30: 107-10.
87. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL, Ayoub EM, Hosier DM et al: High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. *Am J Psychiatry*. 1989; 146: 246-249.
88. Swedo SE, Leonard HL, Mittleman BB, Allen AJ, Rapoport JL, Dow SP, et al. Identification of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. *American Journal of Psychiatry*. 1997: 154(1), 110-112.
89. Perlmutter SJ, Leitman SF, Garvey M A, Hamburger S, Feldman E, Leonard HL, Swedo SE. Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-

- compulsive disorder and tic disorders in childhood. *The Lancet*. 1999; 354(9185), 1153-1158.
90. Miguel EC, Stein MC, Rauch SL, O'Sullivan RL, Stern TA ve Jenike MA. Obsessivecompulsive disorder in patients with multiple sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1995;7: 507-510.
91. Casas M, Alvarez E, Duro P, et al. Antiandrogenic treatment of obsessive- compulsive neurosis. *Acta Psychiatr Scand*. 1986;73(2):221-2
92. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessivecompulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *J Anxiety Disord*. 2003;17(4):461-78.
93. Karpinski M, Mattina GF, Steiner M. Effect of gonadal hormones on neurotransmitters implicated in the pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Neuroendocrinology*. 2017;105(1), 1-16.
94. Mitra S, Bastos CP, Bates K, Pereira GS, Bult-Ito A. Ovarian sex hormones modulate compulsive, affective and cognitive functions in a non-induced mouse model of obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2016;10, 215.
95. Epperson CN, McDougle CJ, Price LH. Intranasal oxytocin in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*. 1996; 40(6), 547–549
96. den Boer JA, Westenberg HG. Oxytocin in obsessive compulsive disorder. *Peptides*. 1992; 13(6), 1083-1085.
97. Taner HA, Gozil R, Iseri E, Buru E, Bahcelioglu M. The Ratio of Second Finger to Fourth Finger in Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder Rev Argentina Anatomia Clinica. 2016; 8(3), 135-141.
98. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif-kompulsif bozukluğun patogenezi. *Anksiyete Bozuklukları*. In:R Tükel, T Alkın (Ed). Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006. s. 299-338.
99. Nakao T, Okada K, Kanba S. Neurobiological model of obsessive–compulsive disorder: Evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2014;68(8), 587-605.
100. Atmaca M, Yildirim H, Ozdemirb H, Aydinb A, Tezcana E, Ozlera S. Volumetric MRI assessment of brain regions in patients with refractory obsessive–compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology Biological Psychiatry*. 2006;30(6):1051-7.

101. Choi JS, Kang DH, Kim JJ, Ha TH, Lee JM, Youn T, et al. Left anterior subregion of orbitofrontal cortex volume reduction and impaired organizational strategies in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2004;38(2):193-9
102. Kang DH, Kim JJ, Choi JS, Kim YI, Kim C-W, Youn T, et al. Volumetric investigation of the frontal-subcortical circuitry in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of neuropsychiatry clinical neurosciences*. 2004;16(3):342-9.
103. Rosenberg DR, Keshavan MS. Toward a neurodevelopmental model of obsessive–compulsive disorder. *Biological psychiatry*.1998; 43(9), 623-640.
104. Rosenberg DR, Keshavan MS, O'Hearn KM, Dick EL, Bagwell WW, Seymour AB, et al. Frontostriatal measurement in treatment-naive children with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*. 1997; 54(9), 824-830.
105. Watkins LH, Sahakian BJ, Robertson MM, Veale DM, Rogers RD, Pickard KM, et al. Executive function in Tourette's syndrome and obsessivecompulsive disorder. *Psychol Med*. 2005; 35:5 71-82.
106. Karamustafalıoğlu O. Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018.
107. Freud S. Saplantı Nevrozuna Yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı) Psikopatoloji Üzerine. Çev. S. Budak. Ankara: Öteki Yayınları.(Orijinal çalışmanın basım tarihi 1913); 1997.
108. Diler RS, Avcı A. Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluklar. Adana: Çukurova Üniversitesi Basımevi; 1999.
109. Freud S. Notes upon a case of obsessional neurosis. Standard edition. 1909;10.
110. Salkovskis PM, Kirk J. Obsessional Disorders In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (eds). *Cognitive Behavioral Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 2003: 129-168.
111. Rachman S, de Silva P, therapy. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research*. 1978;16(4):233-48.
112. Cefalu P. The doubting disease: Religious scrupulosity and obsessive-compulsive disorder in historical context. *Journal of Medical Humanities*. 2010;31(2):111-25.
113. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour research therapy*. 1989;27(6):677-82.
114. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research therapy*. 1998;36(4):385-401.

115. Rachman S, Shafran R. Cognitive distortions: Thought–action fusion. *Clinical Psychology Psychotherapy: An International Journal of Theory Practice*. 1999;6(2):80-5.
116. Ebert H, Loosen P, Barry N. *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. Ankara: Güneş Kitapevi; 2003.
117. Geller D, March J. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(1):98–113.
118. Lee HJ, Kwon SM, Kwon JS, Telch MJ. Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *Depress Anxiety*. 2005; 21(3): 118-29.
119. Porth R, Geller D. Atypical symptom presentations in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2018 ;86:25–30.
120. Geller D, Biederman J, Faraone S, Agranat A, Craddock K, Hagermoser L, et al. Developmental Aspects of Obsessive Compulsive Disorder: Findings in Children, Adolescents, and Adults. *J Nerv Ment Dis* . 2001;189(7):471–7.
121. Alvarenga PG, Mastorosa RS, Rosário MC. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions ; 2012.
122. Taylor S. Early versus late onset obsessive–compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clinical psychology review*. 2011; 31(7), 1083-1100.
123. Selles, RR, Storch EA, Lewin AB. Variations in symptom prevalence and clinical correlates in younger versus older youth with obsessive–compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development*. 2014; 45(6), 666-674.
124. Storch EA, et al. Phenomenology and correlates of insight in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(3),613-620.
125. ICD–10. *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması*. Öztürk O, Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1992.
126. Otto MW. Normal ve abnormal information processing. A neuropsychological perspective on obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1991;15(4):825-31
127. Jaisoorya TS, Janardhan Reddy YC, Srinath S. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? Findings from an Indian study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 12: 290-97.

128. Miguel EC, Rosario- Campos MC, Prado HS. Sensory phenomena in obsessive compulsive disorder and Tourette's disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61(2): 150-156.
129. Beşiroğlu L, Upuz F, Sağlam M, Ağargün MY, Aşkın R, Çilli AŞ. Otojen ve reaktif obsesyonlara sahip obsesif kompulsif hastalarda psikofarmakolojik tedaviye yanıt. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2007;17: 1-8
130. Besiroglu L, Agargün MY, Ozbebit O, Aydin A. A discrimination based on autogenous versus reactive obsessions in obsessive-compulsive disorder and related clinical manifestations. *CNS Spectr*. 2006; 11(3): 179-86.
131. Moulding R, Kyrios M, Doron G, Nedeljkovic M. Autogenous and reactive obsessions: further evidence for a two-factor modal of obsessions. *J Anxiety Disord*. 2007; 21(5): 677-90.
132. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*. 1989;19(2), 67-73.
133. Belloch A, Cabedo E, Carrió C, Larsson C. Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *J Anxiety Disord*. 2010; 24(6): 573-80.
134. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive– compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with response to behavior therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2002; 171: 255-62.
135. Besiroglu L, Uguz F, Ozbebit O, Guler O, Cilli AS, et al. Longitudinal assessment of symptom and subtype categories in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2007; 24: 461–67.
136. Steketee GS, Grayson JB, Foa EB. Obsessive-compulsive disorder:Differences between washers and checkers. *Behaviour Research and Therapy*. 1985; 23(2), 197-201.
137. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D, Murphy DL. Obsessive–compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry research*. 2005; 135(2), 121-132.
138. Mataix-Cols D., Alonso P, Pifarré J, Menchón JM, Vallejo J. Neuropsychological performance in medicated vs. unmedicated patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2002; 109(3), 255-264.
139. Leopold R, Backenstrass M. Neuropsychological differences between obsessive-compulsive washers and checkers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015; 30, 48-58.

140. ICD–10. Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması. Öztürk O, Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1992.
141. Thomsen PH. Obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. A phenomenological analysis of 61 Danish cases. *Psychopathology*. 1991; 24 (1):2-18.
142. Rapoport JL, Shaw P. Obsessive compulsive disorder. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Leclanan JF, Scott S, Snowling MJ, Taylar E, (Eds). 6th ed. Wiley; 2015. P.841-57.
143. Mancebo, MC, Garcia AM, Pinto A, Freeman JB, Przeworski A, Stout R et al. Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 149-159.
144. Peris TS, Rozenman M, Bergman RL, Chang S, O'Neill J, Piacentini J. Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*. 2017; 93, 72-78.
145. Volz C, Heyman I. Case series: Transformation obsession in young people with obsessive-compulsive disorder (OCD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(6):766-772.
146. Conelea CA, Walther MR, Freeman JB, Garcia AM, Sapyta J, Khanna M, Franklin M. Tic-related obsessive-compulsive disorder (OCD): phenomenology and treatment outcome in the Pediatric OCD Treatment Study II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 53:1308-16.
147. Ortiz A.E, Morer A, Moreno E, Plana M.T, Cordovilla C, Lázaro L: Clinical significance of psychiatric comorbidity in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: subtyping a complex disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 2015.
148. Bradshaw JL, Sheppard DM: The neurodevelopmental frontostriatal disorders: evolutionary adaptiveness and anomalous lateralization. *Brain Lang*. 2000; 73: 297-320.
149. Carlsson ML: On the role of cortical glutamate in obsessive compulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder, two phenomenologically antithetical conditions. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 102: 401-413.
150. Aouizerate B, Guchl D, Cuny E et al: Pathophysiology of obsessive compulsive disorder: necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Prog Neurobiol*. 2004; 72: 195-221.
151. Tanidir C, Adaletli H, Gunes H, Kilicoglu AG, Mutlu C, Bahali MK, et al. Impact of gender, age at onset, and lifetime tic disorders on the clinical presentation and

- comorbidity pattern of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2015; 25(5), 425-431.
152. Vivan A de S, Rodrigues L, Wendt G, Bicca MG, Braga DT, Cordoli AV. Obsessivecompulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: A population-based study. *Rev Bras Psiquiatr* . 2014 ;36(2):111–8.
 153. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen SA, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997 ; 154 : 911 – 919.
 154. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, et al. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res* 2005; 135: 121– 132.
 155. Hirani V, Serpell L, Willoughby K, Neiderman M, Lask B. Typology of obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents with anorexia nervosa. *Eating and Weight DisordersStudies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2010; 15:86-89.
 156. Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessivecompulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications. *Front Psychiatry*. 2011;2:70.
 157. Thomsen PH, Mikkelsen HU. Development of personality disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A 6- to 22-year follow-up study. *Acta Psychiatry Scand*. 1993; 87: 456-462.
 158. Geller D, Biederman J, Faraone SV et al. Clinical correlates of obsessive compulsive disorder in children and adolescents referred to specialized and non-specialized clinical settings. *Depress Anxiety*. 2000;11(4):163-168.
 159. Stewart S, Geller D, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive–compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;110(1):4-13.
 160. Lewin AB, Park JM, Jones AM et al. Family-based exposure and response prevention therapy for preschool-aged children with obsessive-compulsive disorder: A pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2014;56:30-38.
 161. Bundy AC, Lane SJ, Murray EA. *Sensory integration: Theory and practice*: FA Davis; 2002
 162. Cascio CJ. Somatosensory processing in neurodevelopmental disorders. *Journal Of Neurodevelopmental Disorders*. 2010;2(2):62.

163. Guyton A, Hall J. The nervous system: c. motor and integrative neurophysiology. Textbook of medical physiology, 9th ed Philadelphia: WB Saunders Co. 1996:774-5.
164. Ayres AJ, Robbins J. Sensory integration and the child: Understanding hidden sensory challenges: Western Psychological Services; 2005.
165. Ayres AJ. Reading: A product of sensory integrative processes. Perception and reading. 1968:77-82.
166. Dunn W. Sensory profile: User's manual: Psychological Corporation San Antonio, TX; 1999.
167. Dunn W. The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families: A conceptual model. Infants and young children. 1997;9:23-35.
168. Dunn W. Supporting children to participate successfully in everyday life by using sensory processing knowledge. Infants & Young Children. 2007; 20(2), 84-101.
169. Zero to Three (Organization). DC: 0-5: diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood; 2016.
170. Ermer J, Dunn W. The Sensory Profile: A discriminant analysis of children with and without disabilities. The American Journal of Occupational Therapy. 1998;52(4), 283-290.
171. Schoen SA, Miller LJ, Green KE. Pilot study of the sensory over-responsivity scales: Assessment and inventory. The American Journal of Occupational Therapy. 2008;62(4):393.
172. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, Siegelbaum S. Principles of neural science. New York: McGraw-Hill;2000
173. Brown C, Tollefson N, Dunn W, Cromwell R, Filion D. The adult sensory profile: Measuring patterns of sensory processing. American Journal of Occupational Therapy. 2001; 55 (1), 75-82.
174. Aron E, Aron A. Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. Journal of Personality and Social Psychology. 1997; 73(2), 345-368.
175. Aron EN, Aron A, Jagiellowicz J. Sensory processing sensitivity: A review in the light of the evolution of biological responsivity. Personality and Social Psychology Review. 2012; 16(3), 262-282.
176. Schauder KB, Bennetto L. Toward an interdisciplinary understanding of sensory dysfunction in autism spectrum disorder: an integration of the neural and symptom literatures. Frontiers in neuroscience. 2016; 10, 268.

177. Assary E, Zavos H, Krapohl E, Keers R, Pluess M. Genetic architecture of Environmental Sensitivity reflects multiple heritable components: A twin study with adolescents. *Molecular Psychiatry*. 2021; 26(9), 4896–4904.
178. Mazurek MO, Vasa RA, Kalb LG, Kanne SM, Rosenberg D, Keefer A, et al. Anxiety, sensory over- responsivity, and gastrointestinal problems in children with autism spectrum disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2013;41(1):165-76.
179. Bijlenga D, Tjon-Ka-Jie J, Schuijers F, Kooij J. Atypical sensory profiles as core features of adult ADHD, irrespective of autistic symptoms. *European Psychiatry*. 2017;43:51-7.
180. Conelea CA, Carter AC, Freeman JB. Sensory over-responsivity in a sample of children seeking treatment for anxiety. *J Dev Behav Pediatr* 2014;35:510–521.
181. Ben-Sasson, A, Carter AS, Briggs-Gowan, MJ. Sensory over-responsivity in elementary school: prevalence and social-emotional correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2009; 37(5), 705–716.
182. Burgard SS, Liber JM, Geurts SM, Koning IM. Youth Sensitivity in a Pandemic: The Relationship Between Sensory Processing Sensitivity, Internalizing Problems, COVID-19 and Parenting. *Journal of Child and Family Studies*. 2022; 31(6), 1501-1510.
183. Dellapiazza F, Vernhet C, Blanc N, Miot S, Schmidt R, Baghdadli A. Links between sensory processing, adaptive behaviours, and attention in children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*. 2018; 270, 78–88
184. Van Hulle CA, Schmidt NL, Goldsmith HH. Is sensory over-responsivity distinguishable from childhood behavior problems? A phenotypic and genetic analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(1):64–72.
185. Jewers R, Staley D, Shady G. Sensory processing differences in children diagnosed with Tourette's disorder. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2013; 29(4), 385-394.
186. Isaacs D, Key AP, Cascio CJ , Conley AC, Walker HC, Wallace MT, Claassen DO. Sensory hypersensitivity severity and association with obsessive-compulsive symptoms in adults with tic disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2020; 2591-2601.
187. de Alvarenga PG, de Mathis MA, Alves ACD, do Rosário MC, Fossaluza V, Hounie AG, Torres AR. Clinical features of tic-related obsessive-compulsive disorder: results from a large multicenter study. *CNS spectrums*. 2012; 17(2), 87-93.
188. Miguel EC, do Rosário-Campos MC, Prado HS, do Valle R, Rauch SL, Coffey BJ, et al. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(2):150–156.

189. Ferrao YA, Shavitt RG, Prado H, Fontenelle LF, Malavazzi DM, de Mathis MA, et al. Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: an exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Research*. 2012; 197(3), 253–258.
190. Hazen EP, Reichert EL, Piacentini JC, Miguel EC, Do Rosario MC, Pauls D, Geller DA. Case series: Sensory intolerance as a primary symptom of pediatric OCD. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2008;20(4), 199-203.
191. Dar R, Kahn DT, Carmeli R. The relationship between sensory processing, childhood rituals and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2012;43(1), 679–684.
192. Stein DJ, Liu Y, Shapira NA, Goodman WK. The psychobiology of obsessive-compulsive disorder: how important is the role of disgust?. *Current Psychiatry Reports*. 2001; 3(4), 281-287.
193. Rieke EF, Anderson D. Adolescent/Adult Sensory Profile and obsessive–compulsive disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2009; 63(2), 138-145.
194. Cervin M. Sensory processing difficulties in children and adolescents with obsessive-compulsive and anxiety disorders. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. 2023;51(2), 223-232.
195. Lazarus RS. *Emotion and adaptation*. Oxford University Press, 1991.
196. Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*. 1999; 13(5), 551-573.
197. Dodge KA. Coordinating Responses to Aversive Stimuli: Introduction to a Special Section on the Development of Emotion Regulation. *Dev Psychol*. 1989;25(3), 339–342.
198. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. 1998;2(3): 271-299.
199. Cole PM, Michel MK, Teti LOD. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994; 59(2-3):73-100.
200. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monogr Soc Res child Dev*. 1994; 59(2-3):25-52
201. Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C, Stegall S. Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2006; 27(2):155-68.
202. Gross JJ, Levenson RW. Emotional suppression : Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993; 64, 970-986.

203. Parrott WG. Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods, 1993.
204. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationship, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 85(2), 348-362.
205. Young KS, Sandman CF, Craske MG. Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*. 2019;9:76.
206. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework; 2010.
207. Power M, Dalgleish T: Cognition and emotion: From order to disorder, Psychology press; 2015.
208. Chapman AL, Specht MW, Cellucci T. Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? *Suicide and LifeThreatening Behavior*. 2005;35:388-399
209. Garber J, Dodge KA. (Eds). The development of emotion regulation and dysregulation. Cambridge University Press; 1991.
210. Gross JJ ve Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1995; 2, 151-164.
211. Thompson RA, Lagattuta KH. Feeling and Understanding: Early Emotional Development; 2006.
212. Walden TA, Smith MC. Emotion regulation. *Motiv Emot*. 1997; 21(1), 7–25.
213. Mangelsdorf SC, Shapiro JR, Marzolf D. Developmental and Temperamental Differences in Emotion Regulation in Infancy. *Child Dev*. 1995; 66(6):1817-28.
214. Rothbart MK, Ziaie H, O’Boyle CG. Self-regulation and emotion in infancy. *New Dir Child Adolesc Dev*. 1992;55:7-23.
215. Premo JE, Kiel EL. The effect of toddler emotion regulation on maternal emotion socialization: moderation by toddler gender. *American Psychological Association*. 2014; 14(4), 782-793.
216. Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research In Child Development*. 1994; 59(2-3), 73-100.
217. Bronson MB. Self-regulation in early childhood: Nature and nurture. New York: Guilford Press; 2000.

218. Bariola E, Hughes EK, Gullone E. Relationships Between Parent and Child Emotion Regulation Strategy Use: A Brief Report. *J Child Fam Stud*. 2012; 21: 443–448
219. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR. The role of the family context in the development of emotion regulation. *Soc Dev*. 2007; 16(2) 361-388
220. Bariola E, Gullone E, Hughes EK. Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011;14:198-21.
221. Thompson RA. Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Dev Psychopathol*. 2019; 59(2-3):25-52.
222. Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. Guilford Press; 2009.
223. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(2), 217– 237.
224. Abramowitz JS, Storch EA, Keeley M, Cordell E. Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: What is the role of cognitive factors? *Behav Res Ther*. 2007; 45(10):2257-67.
225. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders, 2007.
226. Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull M T., Rucker L, Mennin DS. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2006; 30, 469-480.
227. McClure KS, Halpern J, Wolper PA, Donahue J. Emotion regulation and intellectual disability. 2009.
228. Mazefsky CA, Herrington J, Siegel M, Scarpa A, Maddox BB, Scahill L, et al. The role of emotion regulation in Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013;52(7):679-88.
229. Gotlib IH, Joormann J. Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*. 2010; 6, 285-312.
230. O'Neil Rodriguez KA, Kendall PC. Suicidal Ideation in Anxiety-Disordered Youth: Identifying Predictors of Risk. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2014;43:51-62.

231. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(3):307–318.
232. Davis C, Strachan S, Berkson M. Sensitivity to reward: Implications for overeating and overweight. *Appetite*. 2004;42(2):131–8.
233. Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*. 2014;34(3), 256-271.
234. Haines J, Josephs S, Williams CL, Wells JH. The psychophysiology of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Change*. 1998; 15(4), 244-254.
235. Fernández de la Cruz L, Landau D, Iervolino AC, Santo S, Pertusa A, Singh S, Mataix-Cols D. Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013; 27(2), 204–209.
236. Goodman WK., Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Archives of general psychiatry*. 1989; 46(11), 1012-1016.
237. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King, RA, Goodman WK, Leckman JF. Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997; 36(6), 844-852.
238. Yucelen AG, Rodopman-Arman A, Topcuoglu V, Yazgan MY, Fisek G. Interrater reliability and clinical efficacy of Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in an outpatient setting. *Compr Psychiatry*. 2006; 47(1):48–53.
239. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(7):980-8.
240. Kaufman, Birmaher, Rao R. Diagnostic Interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). October. 1996;135(October):153–62.
241. Ambrosini PJ. Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39(1):49-58.
242. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition, Sadock VA, Ed. Philadelphia, LippincottvWilliams & Wilkins 2005.

243. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması
244. Brown C, Tollefson N, Dunn W, Cromwell R, Filion D. The adult sensory profile: Measuring patterns of sensory processing. *American Journal of Occupational Therapy*. 2001; 55 (1), 75-82.
245. Üçgül MŞ, Karahan S, Öksüz Ç. Reliability and validity study of Turkish version of Adolescent/Adult Sensory Profile. *British journal of occupational therapy*. 2017;80(8):510-6.
246. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of clinical psychology*. 2010; 66(4), 442-455.
247. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, et al. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behav Res Ther*. 2000;38(8):835–855.
248. Gormez V, Kılınçaslan A, Orençul AC, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale– Child Version in a clinical sample. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2017;27:84-92.
249. Black DW, Noyes R, Pfohl B, Goldstein RB, Blum N. Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. *The American journal of psychiatry*. 1993.
250. Hanna GL, Himle JA, Hanna BS, Gold KJ, Gillespie BW. Major depressive disorder 74 in a family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Depress Anxiety*. 2011;28:501-508.
251. Bittles AH. Consanguinity and its relevance to clinical genetics. *Clinical genetics*. 2001; 60(2), 89-98.
252. Avcı A, Tamam L, Toros F: Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk: sosyodemografik, klinik özellikler ve eştanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999; 10(4): 294-304.
253. Diler RS, Avcı A. Sociodemographic and Clinical Characteristic of Turkish Children and Adolescents with Obsessive-compulsive Disorder. *Croatian Medical Journal*. 2002; 43(3): 324-329.
254. Olatunji BO, Moretz MW, Wolitzky-Taylor KB, McKay D, McGrath PB, Ciesielski BG. Disgust vulnerability and symptoms of contamination-based OCD: Descriptive tests of incremental specificity. *Behavior Therapy*. 2010;41(4):475-90.

255. Brout JJ, Edelstein M, Erfanian M, Mannino M, Miller LJ, Rouw R, Rosenthal MZ. Investigating misophonia: A review of the empirical literature, clinical implications, and a research agenda. *Frontiers in Neuroscience*. 2018; 12, 36.
256. Schröder A, Vulink N, Denys D. Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. *PLoS One* 2013; 8:e54706.
257. Zuckerman M. Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking: Cambridge university press; 1994.
258. Lee HJ, Yost BP, Telch MJ. Differential performance on the go/no-go task as a function of the autogenous-reactive taxonomy of obsessions: Findings from a non-treatment seeking sample. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47, 294-300.
259. Sahmelikoglu Onur O, Tabo A, Aydin E, Tuna O, Maner AF, Yildirim EA, Çarpar E. Relationship between impulsivity and obsession types in obsessive-compulsive disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2016; 20(4), 218-223.
260. Van Hulle CA, Esbensen K, Goldsmith HH. Co-occurrence of sensory over-responsivity with obsessive-compulsive symptoms in childhood and early adolescence. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*. 2019; 40(5): 377.
261. Şahmelikoğlu Onur Ö, Baş Uluyol Ö, Teksin G. Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder presenting with reactive and autogenous obsessions. *J Cogn Behav Psychother Res*. 2021; 10(3),269-276.
262. Taşkesen TÇ, Mermerkaya Mİ. Duygu düzenleme stratejilerinin obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkisi: Deneysel bir çalışma. *Klinik Psikoloji Dergisi* ;2023.
263. Armstrong AB, Morrison KL, Twohig MPA. Preliminary investigation of acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder. *J Cogn Psychother*. 2013;27(2):175–190.
264. Özyurt G. (2016). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Gençler ile Annelerinde İrritabilite Belirtilerinin ve Aile İşlevlerinin Araştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2016; 2, 57-64.
265. Cyders MA, Smith GT. Emotion-Based Dispositions to Rash Action: Positive and Negative Urgency. *Psychological Bulletin*. 2008; 134(6), 807–828.
266. Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM, Coles ME. An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2014; 3(2), 109-114.

8. EKLER

Ek-1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Dosya No:

Tarih:

Telefon No:

Hasta:

Ad-Soyad:

Cinsiyet:

Doğum Tarihi ve Yeri:

Yaş:

	Anne	Baba
Ad-Soyad:		
Yaş:		
Eğitim:		
Meslek:		
Tıbbi Hastalık:		
Ruhsal Hastalık:		
Soy Hastalığı:		
Sigara/Alkol/Madde Kullanımı:		
Suçluluk:		
Anne-Baba Akrabalığı:		
Anne-Baba Birlikteliği:		

Kardeş:

Sayısı:

Sıralama:

Tıbbi Hastalık:

Ruhsal Hastalık:

Aile:

Ailede Yaşayan Kişi Sayısı:

Yerleşim Yeri:

Aylık Ortalama Gelir:

Prenatal-Natal-Postnatal ve Gelişim Öyküsü:

Gebelik Döneminde Tıbbi Hastalık:

Gebelik Döneminde Ruhsal Hastalık:

Düşük Tehidi:

Tüp Bebek:

Anne Doğum Yaşı:

Gebelikte İlaç Kullanımı:

Term/Preterm/Postterm:

NSVY/CS:

Forseps/Vakum:

Doğum Kilosu/Boy:

Doğumda Asfiksi/Siyanoz:

Kuvöz Bakımı:

Sarılık/Fototerapi:

Enfeksiyon:

Anne Sütü Alma:

Oturma:

Yürüme:

Tek Kelime:

Cümle:

Tuvalet Eğitimi:

Havala Öyküsü:

Alerji Öyküsü:

Operasyon Öyküsü:

Travma Öyküsü:

Eğitim Öyküsü:

Özel Eğitim:

Süresi:

Destek Eğitim:

Süresi:

Kreş/Anaokulu Öyküsü:

Süresi:

Okuma-Yazma:

Zamanı:

Okul Başarısı:

Akran İlişkisi:

Okul Uyumu:

Hastanın Ruhsal Hastalık Tanıları:

Tanı Alma Yaşı:

Aktif Psikotrop Kullanımı:

Geçmişte Psikotrop Kullanımı:

Aktif Tamamlayıcı Tedavi:

Geçmişte Tamamlayıcı Tedavi:

Hastada Ek Hastalık:

İştah:

Boy/Kilo:

VKİ:

Ek-2. Çocuklar için Yale–Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği

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

Adı, soyadı:
Doğum tarihi:

Tarih:
Tanı:

KOMPULSİYON TARAMA LİSTESİ

YIKAMA/ TEMİZLEME KOMPULSİYONLARI

Şimdi/Geçmişte

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

_____ Uzun uzun, sık sık veya belli bir sırayla duş, banyo, diş fırçalama, kendine çeki düzen verme ve tuvalet temizliği alışkanlıkları.

_____ Kişisel veya önemli eşyalarını çok fazla temizleme.

_____ Kirlenmeye neden olacak diğer maddelerle teması önlemek için önlem almak veya bu maddeleri ortadan kaldırmak/kaldırtmak.

_____ Diğer(tamamlayın)_____

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

Şimdi/Geçmişte

_____ Kilitleri, oyuncakları, okul gereçlerini, elektrikli ev aletlerini kontrol

_____ Yıkama, giyinme veya soyunma ile ilgili kontrol etme.

_____ Başkalarına zarar verip vermediğini/vermeyeceğini kontrol etme.

_____ Kendine zarar verip vermediğini/vermeyeceğini kontrol etme.

_____ Kötü veya korkunç birşey olmadığını/olmayacağını kontrol etme.

_____ Hata yapıp yapmadığını kontrol etme.

_____ Somatik obsesyonlara bağlı kontrol.

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Şimdi/Geçmişte

_____ Tekrar tekrar okuma, silme veya tekrar tekrar yazma.

_____ Sıradan faaliyetleri tekrar tekrar yapmak zorunda hissetme.

_____ Diğer (tanımlayın)

SAYMA KOMPULSİYONLARI

Şimdi/Geçmişte

_____ Eşyaları, belirli sayıları, sözcükleri v.b. sayma.

_____ Diğer (tanımlayın)

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

Şimdi/Geçmişte

_____ Simetri veya düzenleme ihtiyacı.

_____ Diğer (tanımlayın)

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

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

Şimdi/Geçmişte

_____ Eşyaları atarken zorlanmak, ufak tefek şeyleri sınıflamak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek.

_____ Diğer (tanımlayın)

AŞIRI BÜYÜSEL DÜŞÜNCELER/ BATIL DAVRANIŞLAR

(Yaşa uygun tekrarlayıcı çocuk oyunlarından ayırt edilmesi gerekir.)

_____ Diğer (tanımlayın)

DİĞER İNSANLARI İÇEREN TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Şimdi/Geçmişte

_____ Törensel davranışlarına diğer insanları/ bir ebeveyni dahil etme ihtiyacı

DİĞER KOMPULSİYONLAR

Şimdi/Geçmişte

_____ Zihinsel törenler (toplama ve sayma dışında).

_____ Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi.

_____ Kendine, başkalarına zarar gelmemesi için veya kötü durumlara karşı önlem alma (kontrol etme dışında).

_____ Tören haline gelmiş yemek yeme davranışları.

_____ Aşırı uzun liste hazırlama.

_____ Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi.

_____ "Tam yerinde" olduğunu hissedene dek dokunma veya eşyaları düzenleme

_____ Göz kırpmaya veya gözünü bir noktaya dikmeyi içeren törensel davranışlar

_____ Trikotillomani (saç koparma)

_____ Diğer kendine zarar verici veya kendini yaralayıcı davranışlar

_____ Diğer (tanımlayın)

OBSESYON TARAMA LİSTESİ

KİRLLENME OBSESYONLARI

Şimdi/Geçmişte

- _____ Kir, mikrop ve bazı hastalıklardan kaygılanmak
- _____ Vücut atık veya salgılarından iğrenirim veya bunları aklıma takarım.
- _____ Çevreyi kirleten maddelerden aşırı kaygı duymak.
- _____ Evde kullanılan temizlik maddelerinden aşırı derecede kaygılanmak.
- _____ Hayvanlardan/ böceklerden aşırı derecede kaygılanmak.
- _____ Yapışkan maddeler veya atıklardan aşırı derecede rahatsızlık duymak.
- _____ Hastalık bulaşacak diye korkmak.
- _____ Birine hastalık bulaştırmaktan korkmak.
- _____ Hastalık veya mikrop bulaşması halinde olabileceklerden korkmak.
- _____ Diğer(tanımlayın) _____

SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

Şimdi/Geçmişte

- _____ Kendine zarar vereceğinden korkmak.
- _____ Başkalarına zarar vereceğinden korkmak.
- _____ Kendine zarar geleceğinden korkmak.
- _____ Yaptığı veya yapmadığı birşeyden dolayı başkalarına zarar geleceğinden korkmak.
- _____ Aklına vahşi veya korkutucu görüntüler gelmesi.
- _____ Ayıp sözler söyleme veya küfür etme korkusu.
- _____ Utanılacak birşey yapmaktan korkmak .
- _____ Kötü şeyler yapmaktan korkmak.
- _____ Hırsızlık yapmaktan korkmak.
- _____ Yangın, hırsızlık gibi kötü olaylardan kendisinin sorumlu tutulacağından korkmak.
- _____ Diğer(tanımlayın) _____

CİNSEL OBSESYONLAR

Şimdi/Geçmişte

- _____ Rahatsız edici ve kabul edilemez cinsel düşünceler, görüntüler ve dürtülerim var.
- _____ Homoseksüellik ile ilgili _____
- _____ Başkalarına karşı cinsel davranışlar (saldırgan) _____
- _____ Diğer (tanımlayın) _____

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

_____ Eşyalarını kaybetme korkusu.

BÜYÜSEL DÜŞÜNCELER BATIL İNANÇ OBSESYONLARI

_____ Uğurlu veya uğursuz sayılar.

_____ Diğer (Batıl inançlar)(tanımlayın)

SOMATİK OBSESYONLAR

Şimdi/Geçmişte

_____ Hastalık veya rahatsızlıklardan aşırı kaygı duymak*.

_____ Vücudun bir parçası veya görünümü ile ilgili aşırı kaygı duymak*

DİNİ OBSESYONLAR

_____ Dini konulara karşı çıkmak veya günah işlemek ile ilgili aşırı kaygı duymak.

_____ Doğru/ yanlış kavramları ve ahlak kuralları ile aşırı uğraşmak.

_____ Diğer (tanımlayın)

DİĞER OBSESYONLAR

_____ Bilme veya hatırlama ihtiyacı

_____ Belirli şeyleri söyleme korkusu

_____ Tam doğru şeyi söyleyememe korkusu

_____ İstenmeyen (şiddet içermeyen), zihni meşgul eden görüntüler

_____ Zihni meşgul eden, girici tarzda sesler, kelimeler, sayılar veya müzik duymak

OBSESYON-KOMPULSİYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Obsesif Düşüncelerle Geçen Zaman

- 0: Yok
- 1: Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek.
- 2: Orta, günde 1 – 3 saat veya sık.
- 3: Ciddi, günde 3 – 8 saat veya çok sık.
- 4: İleri boyutlarda, günde 8 saatten fazla veya yaklaşık sürekli.

2. Obsesif Düşüncelerden Etkilenme

- 0: Hiç
- 1: Hafif, sosyal ve mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel Performansta değişiklik yok.
- 2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ başa çıkılabilir durumda.
- 3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.
- 4: İleri derecede, iş göremez durumda.

3. Obsesif Düşüncelere Karşı Duyulan Rahatsızlık Hissi

- 0: Hiç
- 1: Hafif, fazla rahatsızlık vermeyen.
- 2: Orta derecede, rahatsız edici, fakat baş edilebilir.
- 3: Ciddi, çok fazla rahatsız edici
- 4: İleri derecede, yaklaşık sürekli ve kısıtlayıcı rahatsızlık.

4. Obsesif Düşüncelere Direnç Gösterme

- 0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çabaharcama gereksinimi duymamaktadır.
- 1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.
- 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
- 3: Çaba göstermeden tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.

5. Obsesif Düşünceleri Kontrol Etme Derecesi

- 0: Tam olarak kontrol edebiliyor.
- 1: Büyük oranda kontrol edebiliyor, genellikle biraz çaba ve dikkatini toplayarak obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada veya aklından çıkarmada nadiren başarılı oluyor. Dikkatini sadece zorlukla başka konulara yönelebiliyor.
- 4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak obsesyonlar mevcuttur. Bir an bile aklından çıkaramamaktadır.

6. Kompulsif Davranışlar İçin Harcanan Zaman

- 0: Hiç
- 1: Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek.
- 2: Orta, günde 1 – 3 saat veya sık sık kompulsif davranışlar.
- 3: Ciddi, günde 3 – 8 saat veya çok sık kompulsif davranışlar.
- 4: İleri derecede, günde 8 saatten fazla veya neredeyse sürekli olarak kompulsif davranışlar (sayılamayacak kadar fazla).

7. Kompulsif Davranışların Yaşamı Etkilemesi

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.

2: Orta,, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ başa çıkılabilir durumda.

3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.

4: İleri derecede, iş göremez durumda.

8. Kompulsif Davranışlara Karşı Duyulan Rahatsızlık

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi esnasında hafif anksiyete.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntı duyduğunu, fakat baş edilebilir düzeyde olduğunu veya kompulsiyonun gerçekleştirilmesi sırasında anksiyetenin artabildiğini fakat başa çıkabildiğini bildirmektedir.

3: Ciddi, kompulsiyonların engellenmesi halinde veya kompulsif davranışlar sırasında, anksiyete belirgin şekilde artmaktadır.

4: İleri derecede, kompulsif davranışa en ufak bir müdahale halinde veya kompulsiyon sırasında iş göremez duruma sokan anksiyete.

9. Kompulsif Davranışlara Karşı Direnme

0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuş durumdadır, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. Kompulsif Davranışları Kontrol Etme Derecesi

0: Tam olarak kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için bir miktar baskı hissediyor, fakat genellikle kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için büyük baskı hissediyor, zorlukla kontrol edebiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için çok büyük baskı hissediyor, tamamlamak zorunda kalıyor, sadece güçlüklerle geciktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak kompulsiyonları gerçekleştirmektedir, bir an için bile geciktirememektedir.

11. Hastanın Obsesyon ve Kompulsiyonlarına Hakkında İlgörüsü

- 0: Mükemmel iç görü, tümüyle mantıklı.
- 1: İyi bir iç görü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığını ve aşırılığını Kabul etmekle birlikte anksiyete dışında dikkate alınacak bir şey olmadığı konusunda tatmin olmuş değil (örn.uzun süre şüpheleri vardır).
- 2: Orta derecede bir iç görü. İsteksizce de olsa düşünce ve davranışlarının saçmalığını veya aşırılığını kabul etmekle birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat değişmeyen inançları yoktur.
- 3: Zayıf iç görü. Düşünce ve davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığına inanmaktadır.
- 4: İç görüşü kaybolmuş, hayal dünyasında. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğuna tam olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.

12. Kaçınma

- 0: Görünür bir kaçınma yok.
- 1: Hafif, en alt düzeyde kaçınma davranışı var.
- 2: Orta, görülen, açık bir kaçınması var.
- 3: Ciddi, çok fazla kaçınma davranışı var.
- 4: İleri derecede, aşırı boyutlarda kaçınma, semptomları başlatabilecek olan hemen her şeyi yapmaktan kaçınmaktadır.

13. Kararsızlık Derecesi

- 0: Yok.
- 1: Hafif, bazı küçük şeyler hakkında karar verme güçlüğü.
- 2: Orta, başkalarının ikinci bir ke düşünmeyecekleri şeyler hakkında bile karar verirken güçlük çektiğini belirtmektedir.
- 3: Ciddi, önemli olmayan konularda bile sürekli yarar/zarar değerlendirmesi yapmaktadır.
- 4: İleri derecede, karar verme yetisi kaybolmuş, iş göremez durumdadır.

14. Aşırı Sorumluluk Hissi

- 0: Yok.
- 1: Hafif, sadece sorulduğunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı.
- 2: Orta, hastanın kendiliğinden bahsettiği, açıkça görünen düşünceler; hasta kendi kontrol edebileceği olayların dışında kalanlar için aşırı sorumluluk hissetmektedir.
- 3: Ciddi, bu tür duygular yaygındır ve önde gelmektedir; kesinlikle kendi kontrolü dışında kalan olaylardan bile kendini sorumlu hissetmektedir. Kendini anlamsız, hatta saçam bir şekilde suçlamaktadır.
- 4: İleri, delilik derecesinde sorumluluk (örn. Kompulsiyonlarını gerçekleştiremediği için, binlerce kilometre ötede olan bir depremten kendini suçlu hissetmek)

15. Hareketlerde Belirgin Yavaşlama ve Rahatsızlık Hissi

- 0: Yok.
- 1: Hafif, bazen başlarken bitirirken gecikme.
- 2: Orta, sıklıkla olağan işlerin uzun sürmesi, ancak genellikle tamamlanması. Sıklıkla geç olması.
- 3: Ciddi, olağan görevlerin başlamasında ve bitirilmesinde yaygın ve belirgin zorlanma. Genellikle geç olması.
- 4: İleri derecede, işlerin tümünde yardım görmeden, olağan işlevlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. Patolojik Kuşku

- 0: Hiç.
- 1: Hafif, sadece sorulduğu zaman bahsedilen hafif patolojik kuşku. Verilen örnekler normal sınırlar içinde olabilir.
- 2: Orta, hasta bu düşünceleri kendisi belirtir, hastanın bazı davranışlarında açık olarak vardır; hasta patolojik kuşkudan rahatsızdır. Performansını bir miktar etkilemekle birlikte baş edilebilir boyutlardadır.
- 3: Ciddi, algıları hakkında kuşkuları belirgindir; patolojik kuşku sıklıkla performansını etkilemektedir.
- 4: İleri derecede, algıları hakkındaki kuşkuları sürekli; patolojik kuşkuları hemen her tür faaliyetini belirgin olarak etkilemektedir. İş göremez durumdadır (örneğin hasta “Gördüklerime aklım güvenmiyor” diye belirtir).

17. Global Ciddiyet

- 0: Hastalık yok.
- 1: Hafif, şüpheli, gelip geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.
- 2: Hafif belirtiler, işlevsel bozukluk az.
- 3: Orta derecede semptomlar, Çabayla işlevsel olabiliyor.
- 4: Orta –ciddi derecede semptomlar, işlevsellik kısıtlanmış
- 5: Ciddi semptomlar, büyük oranda yardımla işlevsel olabiliyor.
- 6:İleri boyutlarda ciddi semptomlar, iş göremez durumda.

18. Genel Düzelme

- 0: Çok daha kötü.
- 1:Daha kötüye.
- 2: Biraz daha kötü.
- 3: Değişiklik yok.
- 4: Bir miktar iyileşme var.
- 5: Daha iyi
- 6: Çok daha iyi.

19. Güvenilirlik

- 0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin şüphelenmek için neden yok.
 - 1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyebilecek faktör(ler) var.
 - 2: Orta. Güvenilirliği kesin olarak azaltan faktör(ler) var.
 - 3: Zayıf. Güvenirlik çok az.
-

EK-3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children- Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)

GDÖ				c.Karışık-BB			
1.Şimdiki				d.Hızlı döngülü			
2.Geçmiş en kötü				11.a.DSM-III-R			
3.Geçmiş en iyi				b.DSM-IV			
DEPRESYON (Ek 1)				12.Siklotimi			
1.Çökkün duygudurum				13.BB-BTA			
2.Disforik duygudurum				14.Şizoafektif-manik			
3.Değişiklik				PSİKOZ (Ek 2)			
4.a.Uykuya dalmakta güçlük				Varsanılar			
b.Blünme				1.a.Sözel olmayan			
c.Erken uyanma				1.b.Komut veren			
d.Uyku düzeni bozukluğu				1.c.Yorum yapan			
e.Dinlendirmeyen uyku				1.d.Birbiriyle konuşan			
f.Fazla uyuma				1.e.Sesli düşünce			
5.Enerji azlığı				1.f.Diğer sözel			
6.a.Düşüncede yavaşlama				2.a.Kafa içi			
b.Kararsızlık				2.b.Dışardan			
7.a.İştah azalması				2.c.Her ikisi			
b.Kilo kaybı				3.Görsel			
c.Artmış iştah				4.Dokunma			
d.Kilo alma				5.Koku			
8.a.Ajitasyon				6.Yanılsama			
b.Psikomotor yavaşlama				7.Kültürel kabul			
9.a.Değersizlik hissi				8.Süre			
b.Suçluluk duygusu				9.DB ile birlikte			
10.Çaresizlik, karamsarlık				10.Travma ile birlikte			
11.Reddedilme duyarlılığı				11.Madde/organik ile birlikte			
Diğer kriterler				12.Tetikleyici			
1.Tetikleyici				13.Süre>1 hafta			
2.Mens ile belirtiler				Sannılar			
3.a.Sosyal				1.Büyüklik			
b.Aile				2.Suçluluk			
c.Okul				3.Kontrol edilme			
4.MDB				4.Bedensel			
5.a.DSM-III-R				4.a.Yalnızca duygulanım atağı			
b.DSM-IV				5.Nihilizm			
6.Mevsimsel				6.Düşünce yayınlanma			
7.Atipik depresyon				7.Düşünce sokulma			
8.Psikotik MDB				8.Düşünce çalınma			
9.Şizoafektif-Dep				9.Mesaj alma			
10.Distimi				10.Zarar görme			
11.Distimi primer				11.Düşünce okunma			
12.Distimi sekonder				12.Referans			
13.BTA-DB				13.Diğer			
14.Deprime uyum bozukluğu				14.Ailesel			
				15.Birden fazla			

MANİ (Ek 1)

- 1.Büyüklik _____
- 2.Basınçlı konuşma _____
- 3.Yargılama zayıflığı _____
- 4.Dikkat dağınıklığı _____
- 5.Fiziksel huzursuzluk _____
- 6.Alkol, madde etkisi _____
- 7.Süresi _____
- 8.İşlevsellikte bozulma _____
 - a.Sosyal _____
 - b.Ailesiyle _____
 - c.Okulda _____
 - d.Hastanede yatma _____
 - e.Diğer _____
- 9.a.DSM-III-R _____
- b.DSM-IV _____
- 10.a.Manik-BB _____
- b.Depresyon-BB _____

- c.Akut-subkronik _____
- d.Akut-kronik _____
- e.Remisyon _____

2.Eşlik eden özellikler _____

- 1.Prognostik özellikler a. _____ b. _____ c. _____
- 2.Prognoz a.İyi _____ b.Orta _____
- c.Kötü _____

PANİK (Ek 3)

- 1.Dispne _____
- 2.Başdönmesi _____
- 3.Çarpıntı _____
- 4.Titreme _____
- 5.Terleme _____
- 6.Boğulma hissi _____
- 7.Bulantı _____
- 8.Depersonalizasyon _____
- 9.Karıncaalanma _____
- 10.Ürperme,ateş basması _____
- 11.Göğüs ağrısı _____
- 12.Ölüm korkusu _____
- 13.Kontrol kaybetme korkusu _____

Diğer kriterler

- 14.Uyaran _____
- 15.Beklenmeyen atak _____
- 16.En az belirti _____
- 17.Atak sıklığı _____
- 18.Atak korkusu _____
- 19.Başlangıç _____
- 20.Agorofobi _____
- 21.a.Sosyal _____
- b.Aile _____
- c.Okul _____
- 22.a.DSM-III-R _____
- b.DSM-IV _____

- 16.MDB ya da mani _____
- 17.Madde/tıbbi hastalık _____
- 18.Çökkün/ kabarmış duygulanım _____
- 19.Tetikleyici _____
- 20.Süre>1 hafta _____

Diğer psikotik belirtiler

- 1.a.Künt duygulanım _____
- b.Uyumsuz duygulanım _____
- 2.a.Enkoherans _____
- b.Çağırışım çözülmesi _____
- 3.Katatoni _____
- İşlevsellik**
1. okul _____
- 2.akran _____
- 3.aile _____
- 4.öz bakım _____
- 1.Seyir a.Subkronik _____
- b.Kronik _____

n.diğer _____

- 2.Korkunun aşırılığı _____
- 3.Süre (6 ay ve üstü) _____
- 4.Bozulma a.Sosyal _____
- b.Aile _____
- c.Okul _____

- 5.Tetikleyici _____
- 6.a. DSM-III-R _____
- b. DSM-IV _____
- 7.a.Hayvan tipi _____
- b.Doğal çevre tipi _____
- c.Kan _____
- d.Durumsal tip _____
- e.Diğer tip _____
- 8.Agorafobi _____
- 9.Agorafobili panik _____

YAYGIN ANKSİYETE (Ek 3)

- 1.Geçmiş davranış _____
- 2.Yeterlilik _____
- 3.Rahatlatılma _____
- 4.Endişeleri kontrol _____
- 5.a.Ağrı _____

- b.Huzursuzluk _____
- c.Kolay yorulma _____
- d.huzursuzluk _____
- e.dikkat _____
- f.uyku _____
- g.tedirginlik _____
- 6.Süre _____
- 7.a.Sosyal _____
- b.Aile _____
- c.Okul _____
- 8.Tetikleyici _____
- 9.DSM-III-R _____
10. DSM-IV _____

23.Sınırlı belirti

AYRILIK KAYGISI (Ek 3)

- 1.Kabuslar
- 2.Fiziksel belirtiler
- 3.Ayrılık beklentisi ile sıkıntı
- 4.Ayrılıkta aşırı sıkıntı
- 5.Süre (en az 2 hafta)
- 6.Bozulma a.Sosyal
b.Aile
c.Okul

7.Tetikleyici

8.DSM-III-R

DSM-IV

FOBİ (Ek 3)

- 1.Fobik uyaran
- a.Yükseklik
- b.Karanlık
- c.kan
- d.köpek
- e.diğer hayvanlar
- f.böcek
- g.evin dışında yalnız
- h.kalabalık
- i.açık alan
- j.yolculuk
- k.asansör
- l.diğer kapalı alan
- m.köprü

OKB (Ek 3)

Kompulsiyonlar

- 1.a.Dokunma
- 1.b.Sayma
- 1.c.Temizleme
- 1.d.Kontrol etme
- 1.e.Toplama
- 1.f.Sıralama
- 1.g.Planlama
- 1.h.Yineleme
- 1.i.Diğer
- 2.Amaç
- 3.Algılanma
- 4.Zaman harcama
- 5.a.Sosyal
- 5.b.Aile
- 5.c.Okul
- 5.d.Aşırı sıkıntı
- Obsesyonlar
- 1.a.Bulaşma,somatik
- 1.b.Saldırgan düşünce
- 1.c.Hihilisitik düşünce
- 1.d.Simetri
- 1.e.Anlamsız ses
- 1.f.Cinsel
- 1.g.Biriktirme
- 1.h.Dinsel
- 1.i.Diğer

2.Anlamsız düşünce

3.Baskılama

4.Kaynak

5.Zaman harcama

6.a.Sosyal

6.b.Aile

6.c.Okul

6.d.Aşırı sıkıntı

7. DSM-III-R

8. DSM-IV

ADHD (Ek 4)

1. Dikkatsizlik hata
2. Dinlemez
3. Yönergeleri izleyemez
4. İşleri düzenleyemez
5. Kaçınır
6. Kaybeder
7. Unutkandır
8. Yerinde duramaz
9. Çok koşar
10. Motor gibidir

10.Hayvanlara eziyet

11.a. Soayal

b.Aile

c. Okul

12. Süre

13. Grup tipi

14. Tek başına

15. Ayrışmamış

16. Çocukluk başlangıçlı

17. Ergenlik başlangıçlı

18.DSM-III-R

DSM – IV

On yaş altı başlayan

On yaş üstü başlayan

Hafif belirtiler

Orta şiddette

Ciddi belirtiler

ALKOL KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık
- 2.Miktar
- 3.Çok içme
- 4.Fiziksel

11. Sessizce oynayamaz	_____	_____	_____
12. Söz hakkı bekleyemez	_____	_____	_____
13. Sırasını bekleyemez	_____	_____	_____
14. Söz keser	_____	_____	_____
15. Etkinlik değiştirir	_____	_____	_____
16. Fazla konuşur	_____	_____	_____
17. Tehlikeli işlere girer	_____	_____	_____
18. Süre	_____	_____	_____
19. Başlangıç yaşı	_____	_____	_____
20. a. Sosyal	_____	_____	_____
b. Aile	_____	_____	_____
c. Okul	_____	_____	_____
21. (DSM-III-R)	_____	_____	_____
22. (DSM-IV)	_____	_____	_____
23. Dikkatsizlik	_____	_____	_____
24. Hareketlilik	_____	_____	_____
25. Bileşik	_____	_____	_____
26. BTA	_____	_____	_____

KARŞI GELME BOZUKLUĞU (E k 4)

1. Kolay kızar	_____	_____	_____
2. Öfkeli	_____	_____	_____
3. Kinci	_____	_____	_____
4. Küfür	_____	_____	_____
5. Bilerek kızdırır	_____	_____	_____
6. Başkasını suçlar	_____	_____	_____
7. Süre	_____	_____	_____
8.a.Sosyal	_____	_____	_____
b. Aile	_____	_____	_____
c. Okul	_____	_____	_____
9. Tetikleyici	_____	_____	_____
10. a. DSM-III-R	_____	_____	_____

b. DSM-IV

DAVRANIM BOZUKLUĞU (Ek 4)

1. Vandalizm	_____	_____	_____
2. Zorla giriş	_____	_____	_____
3. Hırsızlık	_____	_____	_____
4. Yangın	_____	_____	_____
5. Gece dışarda	_____	_____	_____
6. Evden kaçma	_____	_____	_____
7. Silah	_____	_____	_____
8. Eziyet	_____	_____	_____
9. Cinsel zorlama	_____	_____	_____

ANOREKSİYA NERVOZA (Ek 5)

1. Beden imgesi	_____	_____	_____
2. Amenore	_____	_____	_____
3. DSM-III-R ve DSM-IV	_____	_____	_____
Kısıtlayıcı tip	_____	_____	_____
Tıkanircasına yeme tipi	_____	_____	_____

BULİMİYA

1. Kontrol kaybı	_____	_____	_____
2. Kiloyla uğraş	_____	_____	_____
3. Süre	_____	_____	_____
4.a.DSM-III-R	_____	_____	_____
b.DSM-IV	_____	_____	_____

5. Tehlikeli davranış	_____	_____	_____
6. Psikolojik	_____	_____	_____
7. Mesleki	_____	_____	_____
8. Sosyal	_____	_____	_____
9. Yasal	_____	_____	_____
10. Sarhoş	_____	_____	_____
11. Etkinliklerin azaltılması	_____	_____	_____
12. Zaman harcama	_____	_____	_____
13. Tolerans	_____	_____	_____
14. Bırakma	_____	_____	_____
15. Çekilme	_____	_____	_____
16. Çekilme alkol	_____	_____	_____
17. Süre	_____	_____	_____
18. Kötüye kullanma	_____	_____	_____
a. DSM-III-R	_____	_____	_____
b. DSM-IV	_____	_____	_____
19. Alkol bağımlılığı	_____	_____	_____
a. DSM-III-R	_____	_____	_____
b. DSM-IV	_____	_____	_____

MADDE KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
2. Fazla (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
3. Fiziksel (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
4. Tehlikeli (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
5. Psikolojik (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
6. Mesleki (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
7. Sosyal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
8. Yasal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
9. Sarhoş (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
10. Etkinlik (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
11. Zaman (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
12. Tolerans (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
13. Bırakma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
14. Çekilme (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
15. Çekil. madde (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
16. Süre (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
18. Kötüye kullanma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
a. DSM-III-R	_____	_____	_____
b. DSM-IV	_____	_____	_____
19. Madde bağımlılığı (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	_____	_____	_____
a. DSM-III-R	_____	_____	_____
b. DSM-IV	_____	_____	_____

TİK BOZUKLUĞU (Ek 5)

Basit motor

1. Göz kırpma	___	___	___
2. Yüz	___	___	___
3. Kafa	___	___	___
4. Omuz	___	___	___
5. Kol	___	___	___
6. Karın	___	___	___
7. Bacak	___	___	___
8. Diğer	___	___	___

Karmaşık motor

1. Dokunma, vurma	___	___	___
2. Zıplama, dönme	___	___	___
3. Ekokinezi	___	___	___
4. Kendine zarar	___	___	___
5. Diğer	___	___	___

Basit ses

1. Burun,öksür,boğaz	___	___	___
2. Horlama	___	___	___
3. Diğer	___	___	___

Karmaşık ses

1. Kendi sözcük yinleme	___	___	___
2. Başka sözcük yinleme	___	___	___
3. Kaprolali	___	___	___
4. Hakaret	___	___	___
5. Diğer	___	___	___
6.a.Sosyal	___	___	___
b. Aile	___	___	___
c. Okul	___	___	___
7. Tourette	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___
8. Kronik Tik Boz.	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___
9. Geçici Tik Boz.	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___

EK 4: Adölesan/ Yetişkin Duyu Profili



ADOLESAN / YETİŞKİN DUYU PROFİLİ

Catana Brown, Ph.D., OTR, FAOTA
Winnie Dunn, Ph.D., OTR, FAOTA

KİŞİSEL ANKET FORMU

Ad Soyad: _____ Yaş: _____ Tarih: _____

Doğum Tarihi: _____ Cinsiyet : ☐ Erkek ☐ Kadın

Günlük yaşantınızda sizi tatmin etmeyen şeyler var mı? Evet ise açıklayın. _____

AÇIKLAMA

Lütfen ankette belirtilen davranışları ne kadar sıklıkla yaptığınızı en iyi tanımlayan kutuyu işaretleyin. Eğer bazı durumlarla daha önce karşılaşmadığınızdan dolayı herhangi bir yorum yapamıyorsanız o soru sayısının üzerine X işareti koyun. Her bölümün sonuna yorumunuzu yazın.

Lütfen tüm ifadeleri cevaplayın. Cevapları işaretlemek için aşağıdaki kılavuzu kullanın :

NEREDEYSE HiÇ	Fırsat sunulduğunda neredeyse hiçbir zaman bu şekilde yanıt vermem. (zamanın yaklaşık %5'i ya da daha azı).
NADİREN	Fırsat sunulduğunda nadiren bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %25'inde).
ARA SIRA	Fırsat sunulduğunda ara sıra bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %50'sinde).
SIKLIKLA	Fırsat sunulduğunda sıklıkla bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %75'inde).
NEREDEYSE HER ZAMAN	Fırsat sunulduğunda neredeyse her zaman bu şekilde yanıt veririm (zamanın %95'i ya da daha fazlası).

Madde	A. Tat Alma / Koklama İşlemi	NEREYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREYSE HER ZAMAN
1	Bir mağazadayken keskin bir koku alırsam o ortamı terk ederim ya da başka bir bölüme geçerim (örneğin banyo ürünleri, mumlar, parfümler).					
∞ 2	Yemeğime baharat eklerim.					
— 3	Başkalarının kokuyor dediği şeylerin kokusunu almam.					
∞ 4	Parfüm ya da kolonya kullanan insanlara yakın olmaktan hoşlanırım.					
5	Sadece alışkın olduğum yiyecekleri yerim.					
— 6	Çoğu yiyecekler bana lezzetsiz gelir (diğer bir deyişle yavan, tatsız tuzsuz gelir).					
6 7	Keskin tadı olan şekerleri (örneğin acı/tarçınlı ya da ekşi şeker) ya da nane şekerlerini sevmem.					
∞ 8	Taze çiçekler gördüğüm zaman koklamak için yanlarına giderim.					

Yorumlar :

Madde	B. Hareketsel İşlem	NEREYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREYSE HER ZAMAN
6 9	Yüksekten korkarım.					
∞ 10	Hareket halinde olmanın verdiği histen hoşlanırım (örneğin dans etmek, koşmak).					
11	Asansör ve/veya yürüyen merdiven kullanmaktan çekinirim çünkü hareketlerinden rahatsız olurum.					
— 12	Bir şeye takılırım ya da onlara çarparım.					
6 13	Arabada giderken oluşan hareketlilikten rahatsız olurum.					
∞ 14	Fiziksel aktivitelere katılmayı tercih ederim (yürüme, yüzme, koşma vb).					
— 15	Merdivenleri iner/çıkarken bastığım yerden emin olamam (örneğin takılırım, dengemi kaybederim ve/veya tırabzanlardan tutmaya ihtiyaç duyarım).					
6 16	Kolayca başım döner (örneğin eğildikten sonra, çok hızlı ayağa kalkınca).					

Yorumlar

Madde	C. Görsel İşlem	NEREDEYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
17	Parlak ışıklı ve renkli yerlere gitmekten hoşlanırım.					
18	Evdeyken gün boyu perdeleri kapalı tutarım.					
19	Renkli kıyafetler giymeyi severim.					
20	Tıks tıks bir çekmecedan ya da dağınık bir odadan bir şey bulmaya çalışırken sinirlerim bozulur.					
21	Yeni bir yere gitmeye çalışırken cadde, bina ve odalara ait işaretleri gözden geçiririm.					
22	Televizyonda ya da sinemada düzensiz ya da hızlı hareket eden görsel görüntülerden rahatsız olurum.					
23	Odaya biri girdiğinde fark etmem.					
24	Küçük mağazalarda alışveriş yapmayı tercih ederim çünkü büyük mağazalarda bunalırım.					
25	Etrafımda çok fazla hareket gördüğümde rahatsız olurum (örneğin kalabalık alışveriş merkezinde, törende, şenlikte).					
26	Çalışırken dikkatimi dağıtan şeyleri azaltırım (örneğin kapıyı ya da televizyonu kapatırım).					

Yorumlar

Madde	D. Dokunma İşlemi	NEREDEYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
27	Sırtımın ovulmasından rahatsız olurum.					
28	Saçımın kesilmesi hissinden hoşlanırım.					
29	Ellerimi kirletecek aktivitelerden kaçınırım ya da o esnada eldiven giyerim.					
30	Biriyle konuşurken ona dokunurum (örneğin elimi omzuna koyarım ya da elini sıkarım).					
31	Sabah uyandığımda ağızımda oluşan histen rahatsız olurum.					
32	Çıplak ayakla yürümekten hoşlanırım.					
33	Belli kumaş kıyafetleri giymekten rahatsız olurum (örneğin pamuklu, ipek, fitilli kadife, kıyafetlerdeki etiketler).					
34	Belli yiyeceklerin dokusundan rahatsız olurum (örneğin şeftalinin yüzeyi, elma püresi, süzme peynir, topak topak fındık ezmesi).					
35	Birileri bana çok yakınlaştığı zaman uzaklaşıyorum.					
36	Yüzüm ya da ellerim kirli olduğunda bunu fark etmem.					
37	Sıyrık yada morluklarım olur fakat nasıl olduğunu hatırlamam.					
38	Sırada insanlara yakın durmaktan ya da başkasına yakın durmaktan kaçınırım çünkü başkalarına çok yakın olmaktan					
39	Biri koluma yada sırtıma dokunduğunda fark etmem.					

Madde	E. Aktivite Seviyesi					
		NEREYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREYSE HER ZAMAN
40	Aynı anda iki ya da daha fazla iş üzerinde çalışırım.					
41	Sabah uyanmak diğer insanlardan daha fazla zamanımı alır.					
42	Bir şeyleri yaparken anlık karar veririm (diğer bir deyişle daha önceden plan yapmam).					
43	Yoğun hayat temposundan uzaklaşmak için vakit bulurum ve kendi başıma zaman geçiririm.					
44	Bir iş ya da aktiviteyi yapmaya çalışırken diğerlerinden daha yavaş görünürüm.					
45	Şakaları diğerleri kadar çabuk algılayamam.					
46	Kalabalıktan uzak dururum.					
47	Başkalarının karşısında performans sergileyeceğim aktiviteler yaparım (örneğin müzik, spor, oyunculuk, toplum önünde konuşmak, sınıfta soruları cevaplamak).					
48	Uzun bir derste ya da bir toplantıda oturduğumda dikkatimi toplamakta zorlanırım.					
49	Beklenmeyen şeylerin olabileceği durumlardan kaçınırım (bilinmeyen yerlere gitmek ya da bilmediğim insanlar arasında olmak).					

Madde	F. İşitsel İşlem					
		NEREYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREYSE HER ZAMAN
50	Mırıldanırım, ısıklarım, şarkı söylerim ya da farklı sesler çıkarırım.					
51	Beklenmeyen ya da yüksek sesler duyduğumda hemen irkilirim (örneğin süpürge, köpek havlaması, telefon çalması).					
52	İnsanlar hızlı konuştuğunda ya da aşina olmadığım konular hakkında konuştuğunda dediklerini takip etmekte zorlanırım.					
53	Birileri televizyon izliyorsa odadan ayrılırım ya da onlardan televizyonu kapatmalarını isterim.					
54	Etrafımda çok fazla ses olursa dikkatim dağınık olur.					
55	İsmim söylendiğinde fark etmem.					
56	Gürültüleri bastırmak için bazı yöntemler kullanırım (örneğin kapıyı kapatırım, kulaklarımı kapatırım, kulak tıkacı kullanırım).					
57	Gürültülü ortamlardan uzak dururum.					
58	Gürültülü etkinliklere katılmaktan hoşlanırım.					
59	İnsanlardan söylediklerini tekrar etmelerini istemem gerekir.					
60	Arka fondaki sesle çalışmakta zorlanırım (örneğin fan ve radyo).					

EK 5: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

DUYGU DÜZENLEMEDE GÜÇLÜKLER ÖLÇEĞİ(DDGÖ)

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerlendiriniz.

	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık yarı yarıya	Çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimi önemserim	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım	1	2	3	4	5

16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım	1	2	3	4	5
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim	1	2	3	4	5
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım	1	2	3	4	5
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır	1	2	3	4	5
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım	1	2	3	4	5
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım	1	2	3	4	5
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5

29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem uzun zaman alır	1	2	3	4	5
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur	1	2	3	4	5

EK-6. Yenilenmiş Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (ÇADÖ-Y)Adı ve Soyadı:
sınıfı):

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitimi-

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

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitletiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüldüğümünden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)

23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)

(Lütfen iki sayfayı da doldurun)

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

(Lütfen iki sayfayı da doldurun)

EK-7. GÖNÜLLÜ ONAM FORMLARI

ÇALIŞMA GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından yürütülen **“Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda bulunan duygu düzenleme güçlükleri ve duyuusal hassasiyetin bu hastalarda hastalık şiddeti ve klinik prezentasyona katkısı”** isimli araştırma kapsamında KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuruda bulunan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ergenler, kontrol grubu olarak değerlendirilecektir.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmada OKB tanılı ergenlerde duygu profilinin sağlıklı ergenlerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca OKB tanılı ergenlerde ele alınan duyuusal hassasiyetin bu ergenlerde görülen emosyonel disregülasyonu ve obsesyon-kompulsiyon şiddeti ile ilişkisinin anlaşılmasına katkı sağlayacağı, duyuusal hassasiyet ve emosyon regülasyon arasındaki ilişkinin bu hastalarda duyuusal hassasiyete müdahalenin tedavide yeri olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmadan elde edilen verilerin, OKB tedavisi izlem çalışmaları için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Eğer siz ve bakım vereniniz kabul ederseniz sizi bu araştırmaya dahil etmek istiyoruz.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 11-16 yaş arasında olmanız, obsesif kompulsif bozukluk tanısı ile Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurmuş olmanız, bu çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmanız ve bakım vereninizin çalışmaya katılmanızı kabul etmiş olması gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmaya katılmak isterseniz sizden Revize Edilmiş Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Adolesan/Yetişkin Duygu Profili doldurmanız istenecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırmada bu haliyle herhangi bir sorumluluğunuz yoktur.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Çalışmaya toplam 88 çocuk ve ergenin katılması planlanmaktadır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Araştırma kesitsel olarak planlanmıştır. Çalışma için sadece bir kereye mahsus Araştırmaya katılmak isterseniz sizden Araştırmaya katılmak isterseniz sizden Revize Edilmiş Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Adolesan/Yetişkin Duygu Profili doldurmanız istenecektir. Bu çalışma haricinde psikiyatrik açıdan takibinizin gerekip gerekmediği konusunda araştırmacılar tarafından bilgilendirileceksiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmanın size ek tıbbi bir yararı olmayacaktır ancak çıkan sonuçlar ülkemiz ve dünya çapında literatüre katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Araştırmada kullanılan ölçekler ve testler sıkça kullanılan ve bilinen yan etkileri olmayan uygulamalardır. Bu nedenle, bu ölçek ve testlere bağlı bir zarar görmeniz beklenmemektedir.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur. Bu nedenle ilaç ya da besin kısıtlaması yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Klinik görüşme, uygulanması gereken test ya da doldurulması gerek ölçeklerden birisi eksik olan katılımcılar çalışma için değerlendirmeye alınmayacaktır. Bunun dışında, psikiyatrik görüşmeye engel klinik olarak tespit edilen zihinsel yetersizliğinin olduğu saptanan katılımcılar çalışma dışı bırakılacaktır.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmada kullanılan ölçekler ve testler sıkça kullanılan ve bilinen yan etkileri olmayan uygulamalardır. Bu nedenle, bu ölçek ve testlere bağlı bir zarar görmeniz beklenmemektedir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Çalışma kesitsel (takibi olmayan) ve herhangi bir girişimsel tedavi veya ilaç tedavisi içermediğinden önemli bir sorun çıkması beklenmemektedir. Bununla birlikte, oluşabilecek sorunlar için Dr. Cansu Taşdemir'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da

araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		

ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM	İMZASI
ADI & SOYADI	
TARİH	

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK	İMZASI
ADI & SOYADI	
GÖREVİ	
TARİH	

SAĞLIKLI KONTROL GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından yürütülen “**Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda bulunan duygu düzenleme güçlükleri ve duyusal hassasiyetin bu hastalarda hastalık şiddeti ve klinik prezentasyona katkısı**” isimli araştırma kapsamında KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuruda bulunan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ergenler, kontrol grubu olarak değerlendirilecektir.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmada OKB tanılı ergenlerde duyu profilinin sağlıklı ergenlerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca OKB tanılı ergenlerde ele alınan duyusal hassasiyetin bu ergenlerde görülen emosyonel disregülasyonu ve obsesyon-kompulsiyon şiddeti ile ilişkisinin anlaşılmasına katkı sağlayacağı, duyusal hassasiyet ve emosyon regülasyon arasındaki ilişkinin bu hastalarda duyusal hassasiyete müdahalenin tedavide yeri olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmadan elde edilen verilerin, OKB tedavisi izlem çalışmaları için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Eğer siz ve bakım vereniniz kabul ederse sizi bu araştırmaya dahil etmek istiyoruz.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 11-16 yaş arasında olmanız, şimdi veya geçmişte işlevsellikte bozulmayla seyreden psikopatolojiye sahip olmamanız ,bu çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmanız ve bakım vereninizin çalışmaya katılmanızı kabul etmiş olması gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmaya katılmak isterseniz sizden Revize Edilmiş Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Adolesan/Yetişkin Duyu Profili doldurmanız istenecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırmada bu haliyle herhangi bir sorumluluğunuz yoktur.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Çalışmaya toplam 88 çocuk ve ergenin katılımı planlanmaktadır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Araştırma kesitsel olarak planlanmıştır. Çalışma için sadece bir kereye mahsus Revize Edilmiş Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Depresyon Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Adolesan/Yetişkin Duyu Profili formunu doldurmanız istenecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmanın size ek tıbbi bir yararı olmayacaktır ancak çıkan sonuçlar ülkemiz ve dünya çapında literatüre katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Araştırmada kullanılan ölçekler ve testler sıkça kullanılan ve bilinen yan etkileri olmayan uygulamalardır. Bu nedenle, bu ölçek ve testlere bağlı bir zarar görmeniz beklenmemektedir.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNE İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur. Bu nedenle ilaç ya da besin kısıtlaması yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Klinik görüşme, uygulanması gereken test ya da doldurulması gerek ölçeklerden birisi eksik olan katılımcılar çalışma için değerlendirmeye alınmayacaktır. Bunun dışında şimdi veya geçmişte işlevsellikte bozulmayla seyreden psikopatolojiye sahip olduğunuzun saptanması halinde çalışma dışı bırakılacaksınız.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmada kullanılan ölçekler ve testler sıkça kullanılan ve bilinen yan etkileri olmayan uygulamalardır. Bu nedenle, bu ölçek ve testlere bağlı bir zarar görmeniz beklenmemektedir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Çalışma kesitsel (takibi olmayan) ve herhangi bir girişimsel tedavi veya ilaç tedavisi içermediğinden önemli bir sorun çıkması beklenmemektedir. Bununla birlikte oluşabilecek sorunlar için Dr. Cansu Taşdemir’e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		