



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

EPIDEMIOLOGICAL AND PHENOMENOLOGICAL FEATURES OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER IN 9-15 YEARS OLD CHILDREN AND ADOLESCENTS IN BURSA SAMPLING

Dr. Öğretim Üyesi Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT

Beykent Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul / TÜRKİYE, ORCID: 0000-0002-5896-0165

Prof. Dr. Suna TANELİ

Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, Bursa / TÜRKİYE, ORCID: 0000-0001-8975-8675

Psikolog Erdi BAHADIR

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Yüksek Lisans Tez Öğrencisi
İstanbul / TÜRKİYE, ORCID: 0000-0002-8404-1779

ÖZET

Amaç, Bursa merkez ilçelerinden alınan bir örneklem grubunda çocuk ve ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluğun görülme oranını, sosyodemografik özelliklerini ve fenomenolojisini araştırmaktır. Çalışmaya 1997-1998 eğitim ve öğretim döneminde, Bursa ilköğretim okullarından rastgele seçilen 4-8. sınıf öğrencileri ve velileri katılmıştır. OKB'nin DSM kriterlerini kapsayan tarama anketi dağıtılarak, 1556 veliden dönüş sağlanmıştır. En az bir semptomun mevcut olduğu nitelendirilen, yaşı $11,99 \pm 1,39$ olan, 805 öğrenci karşılıklı görüşmeye alınmıştır. OKB ve subklinik OKB görülme oranı her birisi için %9,9 bulunmuştur. OKB grubunda kız/erkek oranı yaklaşık eşittir. Subklinik OKB grubunda, erkek/kız oranı 1,5'dir. OKB grubunda obsesyon şekillerinde en sık korku (%50), düşünce (%28,9) ve şüphe (%15), kompulsiyon şekillerinde en sık; törensel davranışlar (%57,5), kontrol etme (%43,8) ve tekrarlama (%36,3) saptanmıştır. Kompulsiyonlarda; sayı sayma (%43,8) olarak saptanmıştır. Temizleme ve el yıkama kompulsiyonu, literatür bilgilerinin çoğunluğundan farklı olarak %21,3 oranıyla beşinci sıradadır. Bu fenomenolojik özellikler değerlendirildiğinde, toplumsal örneklemde görülme sıklığında kültüre özgü sıra değişikliğinin olabileceği kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, fenomenoloji

ABSTRACT

Aim is to investigate incidence, sociodemographic characteristics and phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder in children and adolescents in a sampling group from Bursa central districts. Participants included randomly selected 4-8th grade students and their parents attending elementary schools during 1997-1998. Survey covering OCD criteria was disseminated. 805 students, aged $11,99 \pm 1,39$ years, presenting at least one symptom, were interviewed. Incidence of OCD and subclinical OCD was 9.9% for each. Male / female ratio in OCD, is approximately equal. Forms of obsessions were; fear (50%), thoughts (28.9%) and suspicion (15%) and the most common forms of compulsions were ritualistic behaviors (57.5%), controlling (43.8%) and repetition (36.3%) in the OCD group. Compared to literature, cleaning and hand washing compulsions were found to be

less with a range of 21.3% . It was concluded that in social sampling groups of OCD, there may be culture specific sequencial changes in frequency of symptoms.

Key Words: Obsessive compulsive disorder, phenomenology

1. GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) DSM-V tanı ölçütlerine göre; Obsesif –Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar ana kategorisinde yer alan bir hastalıktır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). OKB ile ilgili çocuk psikiyatrisi literatürü Kanner’in 1935’deki klasik ders kitabında çocukluk OKB’si üzerine yazılarıyla başlamıştır (Swedo, 1989). OKB’li çocuklarda ilk geniş çalışmayı 1973’te Adams yapmıştır (Öy, 1994).

Çocuk ve ergenlerde görülen OKB heterojen bir bozukluk olup, belirtileri gelişimsel döneme özgü özellikler gösterebilir (Ivarsson, 2006). Obsesyonlar; ego distonik olan, istenmeden gelen, çoğu zaman anlamsız kabul edilen, tekrarlayıcı ve ısrarlı düşünceler, hayaller veya dürtülerdir. Kompulsiyonlar ise; sıklıkla katı kurallara göre veya stereotipik şekilde yapılan bir obsesyona cevap olarak sergilenen tekrarlayıcı ve amaçlı davranışlardır (March, 1996). Çocukların obsesyonel düşüncelerine inanmaya yatkın olmaları sebebiyle, DSM-III-R ve DSM-IV gibi (Sorias, 1990, Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994), eski tanımlama sistemlerinde en çok tartışma yaratmış olan “içgörüyü sahip olma” özelliği, en güncel tanı ölçütlerini barındıran DSM-V’te, kaldırılmıştır. DSM-V sınıflandırma sistemi buna göre; “kişinin obsesyonlarını kendi zihninin bir ürünü olarak görmesi gerektiğine dair madde” yerine, OKB’de “içgörüsü iyi”, “içgörüsü kötü” veya “içgörüsü yok” şeklindeki alt tiplerin mevcudiyetini ileri sürmüştür (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Subklinik OKB, semptomların OKB kriterlerini karşılamayacak şiddette olduğu, günlük yaşamla uyum sağlayacak derecede ortaya çıktığı, OKB’nin daha hafif bir formudur. Hastalığın hafif veya erken dönemini düşündüren bulguların varlığı söz konusudur. Çocuk, arkadaşlarından farklı bir davranışı olduğunu kabul eder ve bu davranışını gizleme çabasıdadır (Flament, 1988). Pauls ve ark. (1995); subklinik veya eşik altı OKB’yi; OKB semptomlarının günde bir saatten az zaman alacak şekilde ortaya çıktığı, semptomların yoğun sıkıntı yaratmadığı ve işlevselliği etkilemediği, egodistonik olmayan bir tablo olarak tanımlamışlardır. Berg ve ark.(1989); başlangıçta OKB tanısının varlığı durumunda, hastalığın ileride de OKB şeklinde devam edeceğinin, başlangıçta subklinik OKB tanısının konulmasının ileride subklinik OKB şeklinde devam edeceğinin ön belirleyicisi olduğunu bildirmişler, subklinik OKB’nin ileride mutlaka OKB gelişeceği anlamına gelmeyeceğini belirtmişlerdir. Valeni-Basile ve ark. (1996) ergenlere yönelik toplumsal bir örnekleme benzer sonucu bulmuşlardır.

Çocuk ve ergenler semptomları gizli tutabilme eğiliminde olabilirler. Ayrıca, bilişsel gelişimlerinin yetersizliğine bağlı olarak belirtilerinin anlamsızlığının farkında olmayabilirler veya anksiyeteden kaçınmak için bunlardan bahsetmek istemeyebilirler. Bu sebeplerden ötürü çocuk ve ergenlerde OKB tanısını koyabilmek zordur (Scahill, 1997).

Etiyopatogeneizde, hastalığın biyolojik tanımları, “kompulsivite”; hiperfrontalite ve artmış serotonerjik duyarlılık ile açıklanır. OKB’de orbito-frontal, bazal ganglia ve limbik bağlantıları içine alan devrelerde bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. Serotonin geri-alım inhibitörleri ve davranışçı yaklaşımlarla yapılan başarılı tedaviler sonrasında kaudat nukleustaki hipermetabolizmada azalma görüldüğü bildirilmiştir (Hollander, 1995).

Çocuk ve ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk düşünüldüğünden daha sık ortaya çıkmaktadır. Erişkin Obsesif Kompulsif Bozukluğun 1/3’de hastalığın çocuklukta başladığının bilinmesine rağmen, çocuk ve ergenlik döneminde hastalığa sıklıkla tanı konulamamaktadır (March, 1996). Bu yaş grubunda hastalığın atlanma nedenleri; OKB belirtilerinin çocuklar tarafından sıklıkla gizli tutulmasına, hekimlerin bu popülasyonda hastalığı gerektiği kadar ayrıntılı araştırmamasına ve hastanın gereken tanı ve tedavi kaynaklarına ulaşamaması gibi nedenlere bağlı olabilir.

Çocuk ve ergen OKB’sinin epidemiyolojik bulgularıyla ilgili olarak, dünya literatüründe son yıllarda artan sayıda çalışmalar bildirilmektedir. Bu çalışmaların bazıları bu hastalığın bulgularının erişkin OKB’sinin bulgularına benzerliğini işaret etmiştir (Rapoport, 1986, Swedo, 1989, Thomsen, 1991, Valleni-Basile 1996). Alsopp (1989); erişkinlikte görülen OKB’nin ergenlikte görülenin devamı olduğunu bildirmiştir.

Hastaların çoğu semptomlarını gizli tutma eğiliminde olup, sosyal ve akademik işlevlerde belirgin bir kayıp olmadan bu durumu açığa vurmazlar (Rapoport, 1981). Bu nedenle klinik popülasyona dayalı olarak yapılan prevalans çalışmalarının genel popülasyondaki prevalansın daha azını yansıtacağı bildirilmiştir (Thomsen, 1991)). Ayrıca, klinik örneklem grubunun toplumsal tabanı temsil edebildiğini söylemek çok zordur. Çünkü “akıl hastalığına sahip olmanın yaratacağı “stigmatik özellik” hastaneye başvuru sayısını kısıtlar (Valleni-Basile, 1994).

Rapoport ve ark. (1986); klinik popülasyonda en sıklıkla temizleme ile ilgili kompulsiyonların, ardından, sayma ve kontrol etme şeklindeki kompulsiyonların varlığını bildirmişlerdir. Obsesyonlardan ise, şiddet içeren tekrarlayıcı düşüncelerin sık olduğunu bildirmişlerdir. Swedo ve ark. (1989); çocuklarda klinik popülasyonda %85 oranında yıkama kompulsiyonunun görüldüğünü, bunu %51 oranında tekrarlama, %46 oranında kontrol etme, %20 oranında dokunma kompulsiyonlarının izlediğini belirtmişlerdir. En sık görülen obsesyonları ise; kir-mikrop-çevresel toksinlere karşı aşırı kaygı duymayı %40, kendisi/başkalarıyla ilgili olarak korkunç bir şey olacak korkusunu %24 oranında saptamışlardır. Saf kompulsiflerin oranının daha fazla olduğunu, hastaların 1/3’de kompulsiyonların belirgin dış uyaranlarla tetiklendiğini bildirmişlerdir. Diler (2002), çocuk ve ergen OKB’si olan klinik popülasyonda %48,9 oranında bulaşma obsesyonu, %68,1 oranında temizleme kompulsiyonlarını en sık olarak bildirmiştir. Agarwal (2016), çocuk ve ergen klinik örnekleminde (6-18 yaş); en sık bulaşma obsesyonunu (%68), en sık kompulsiyon olarak ise yıkama ve temizlemeyi (%72) bildirmiştir. Bunu, %56 oranıyla kontrol etme kompulsiyonları, %12 oranında ise tekrar yazma kompulsiyonları izlemiştir. Anagnostopoulos (2016), 7-16 yaş klinik örneklem grubunda; %48 bulaşma obsesyonu, %52 oranında ise yıkama ve temizleme kompulsiyonu bildirmiştir. Thomsen ve ark. (1991); klinik popülasyonda en sık görülen kompulsiyon şeklinin “törenselleşmiş davranış” (%64) olduğunu bildirmişlerdir. Ek olarak tekrar davranışlarını %13, kontrol davranışlarını %10 oranında saptamışlardır. İçerik açısından en sık yıkama kompulsiyonunu (%46) saptamışlardır. Obsesyonların en sık görülen şekli olarak korku (%46) bildirilmiştir. Bunu %23 oranında şüphe, %21 oranında dürtü, %11 oranında düşünce şeklindeki obsesyonlar izlemiştir. Erkeklerde kızlardan anlamlı olarak fazla “dürtü” obsesyonu saptanmıştır. Valleni-Basile ve ark. (1994); toplumsal ergen popülasyonda en sık bildirilen kompulsiyonlar olarak, düzenleme (%56), sayma (%41), istifleme (%38), yıkama (%17), ve kontrol (%12) davranışlarını bildirmişlerdir. OKB’de daha çok obsesyon, sayma, yıkama, toplama, düzenleme kompulsiyonlarını, subklinik OKB’de ise daha çok dokunma ve bunun dışındaki kompulsiyonları tespit etmişlerdir. Ek olarak, semptomların cinsiyetle ilişkili olduğunu, temizleme kompulsiyonlarının kızlarda daha sık olduğunu bildirmişlerdir.

Toro ve ark. (1992) klinik popülasyonda kompulsiyonların tekrarlama (%73,61), temizleme (%55,55), kontrol etme (%51,38), düzenleme (%41,66), istifleme (%2,77) şeklinde ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Cinsiyet ve kompulsiyon tipi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Valleni-Basile ve ark. (1994) toplumsal ergen popülasyonda %55 olguda obsesyon ve kompulsiyonu birlikte saptamışlardır. Hanna ve ark (1995); klinik popülasyonda zaman içinde değişkenlik gösteren çoğul obsesyon ve kompulsiyonların varlığını bildirmiş olup, cinsiyet ve semptom kategorileri arasında da anlamlı farklılıklar saptamamışlardır.

Rapoport ve ark. (1981); ortalama başlangıç yaşını $9,5 \pm 4,1$ olarak bildirmişlerdir. Ortalama başlangıç yaşı Swedo ve ark.(1989) tarafından $10,1$ olarak belirtilmiştir. Erkeklerde daha fazla prepubertal başlangıç, kızlarda ise daha sıklıkla ergenlikte başlama eğilimi bildirilmiştir (March, 1996). Zohar (1999); başlangıç yaşının erkeklerde daha erken olduğunu, ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde görülecek şekilde iki pik yaptığını ileri sürmüştür. Torresan (2009); OKB belirtilerinin erkeklerde daha erken yaşta başladığını ve hastalığın şiddetinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Kiejna (2002) benzer şekilde erkeklerde hastalığın daha erken başladığını ileri sürmüştür. Thomsen ve ark. (1991) ise; klinik tanı alan popülasyonda cinsiyete göre başlangıç yaşı açısından bir farklılık saptamamıştır. Flament ve ark. (1988); toplumsal ergen örnekleminde ortalama başlangıç yaşını $12,8$ olarak tespit etmişlerdir. Riddle ve ark. (1990); ortalama başlangıç yaşını $9,0 \pm 2,9$ yaş olarak bildirmiş, cinsiyet ve başlangıç yaşı arasında anlamlı bir farklılık saptamamışlardır. Honjo ve ark. (1989), klinik örnekleminde yaptıkları çalışmada, ortalama başlangıç yaşını $11,6$ olarak, erkeklerde $12,4$ yaş, kızlarda ise $10,4$ yaş olarak saptamışlardır. Bozukluğun erkeklerde $11-14$ yaşlarında, kızlarda ise $11-13$ yaşlarında pik yaptığını belirtmişlerdir. Thomsen ve ark. (1991); klinik popülasyonda OKB prevalansını %1,33 olarak saptamışlardır. Valleni-

Basile ve ark. (1994); toplumsal örnekleme OKB prevalansını %3, subklinik OKB prevalansını %19 olarak saptamışlardır. Zohar ve ark. (1999); 16-17 yaş toplumsal örnekleme İsrail’de OKB prevalansını %3,56 ($\pm 0,72$) olarak bulmuşlar, %1,25 olguda subklinik OKB bildirmişlerdir.

Daha yeni epidemiyolojik çalışmalar prevalans hızını ön-ergenlik döneminde %1, ergenlik döneminde %3 olarak bildirmiştir (Chabane, 2007). Kiejna ve ark. (2002); çocuklarda OKB prevalansını %2-4 oranında bildirmiştir.

Swedo ve ark. (1989); klinik örnekleme, OKB tanısı alan erkeklerin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Hanna ve ark. (1995); klinik örnekleme erkek/kız oranını yaklaşık 3/2 olarak saptamışlardır. Thomsen ve ark. (1991); klinik örnekleme erkek/kız oranını 1,54 olarak bulmuşlardır. Valeni-Basile (1996) ve Zohar (1999); toplumsal ergen örnekleme kız ver erkeklerde prevalansın benzer olduğunu bildirmişlerdir. Flament ve ark (1988); toplumsal ergen popülasyonda kız/erkek oranını yaklaşık eşit oranda saptamıştır. Riddle ve ark. (1990); klinik örnekleme erkek/kız oranını yaklaşık eşit saptamıştır. Toro ve ark. (1992); klinik popülasyonda erkeklerde OKB hızını daha fazla bildirmişlerdir.

Japon klinik örnekleminde; semptomların çocukların %51’de belli bir olayla tetiklendiği saptanmıştır. Bu tetikleyici faktörlerin sıklıkla okul durumundan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Honjo, 1989). Öy ve ark. (1994); hastaların %40’da bozukluğu başlatan bir olay bulunduğunu belirtmiş, hastalığı tetikleyici faktörlerin başında ev değiştirme, anne babanın boşanması gibi ailesel olayların söz konusu olduğunu bildirmiştir. Valeni-Basile ve ark. (1996); ergen toplumsal örnekleme, istenmeyen hayat olaylarının artmasının, orta-yüksek sosyoekonomik düzeyin, OKB gelişimi açısından risk faktörü oluşturduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, istenen yaşam olaylarının artmasının takipte, OKB ve subklinik OKB üzerinde koruyucu bir rol oynadığını ifade etmişlerdir.

8-15 yaş arası OKB’li yunan çocuklarında yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon komorbiditesi kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur. OKB’li çocuk ve ergenlerin aynı zamanda daha fazla dışa vuran davranışsal sorunlar sergiledikleri tespit edilmiştir. Tüm bu veriler, OKB’nin bu yaşta erken tanı ve tedavisinin önemine işaret etmektedir (Anagnostopoulos, 2016).

Bu çalışmanın amacı; Bursa merkez ilçelerinden alınan bir örneklem grubunda çocuk ve ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluğun görülme oranını, sosyodemografik özelliklerini ve fenomenolojisini araştırmaktır. Bilindiği kadarıyla bu çalışma, Türkiye’de çocuk ve ergenler üzerinde OKB epidemiyolojisiyle ilgili olarak yapılan ve anket taramasına ek olarak yüz yüze görüşmeyi kapsayan, ilk geniş kapsamlı toplumsal çalışmayı teşkil etmekte olup, bu makalede çalışmaya ait sonuçların en güncel literatür bilgileri eşliğinde tartışılması hedeflenmiştir.

2. YÖNTEM VE GEREÇLER

2.1. Örneklem

Yapılan çalışmaya 1997-1998 eğitim ve öğretim döneminde, rastgele yöntemle seçilen, Bursa ili Osmangazi ve Nilüfer ilçelerinde bulunan ilköğretim okulundaki 4-8. sınıf öğrencileri ve velileri katılmıştır. OKB’nin başlangıç yaşı açısından pik yaptığı düşünülen yaş grubuna daha geniş bir perspektiften bakabilmek için örneklem grubu 9-15 yaşları (4-8. Sınıflar) arasından seçilmiştir.

2.2. Yöntem ve Tanımlar

DSM-III-R, DSM-IV tanı kriterleri ve Döpfner, tarafından Almanyaya uyarlanmış olan Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Skalasının (Döpfner, 1993), Prof. Dr. Suna Taneli tarafından Türkçeye çevrilmiş ve bir klinik grubunda tarafımızdan test edilmiş olan şeklinin semptom kriterlerine göre, tarafımızdan hazırlanmış olan bir anket formu kullanılarak, toplam 1709 veli ile kapalı zarf usulü anket çalışması yapılmış ve 1556 anket dönüşü olmuştur. Anket çalışması sonucunda, en az bir semptomun velisi tarafından mevcut olduğu nitelendirilen, yaş ortalaması $11,99 \pm 1,39$ olan 378’i kız ve 427’si erkek olmak üzere 805 öğrenci karşılıklı görüşmeye alınmıştır. Bu görüşmede çocuklara önce DSM-IV tanı kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Ardından çocuklar DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesinin ayaktan hasta formuna göre (SCID-OP) değerlendirilmişlerdir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994, Soria, 1990). Tanı alan çocuklarda şiddet belirlemek için, çocuklar için geliştirilmiş olan Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Skalasının (Y-BOCS Çocuk Versiyonu), Prof. Dr. Suna

Taneli tarafından Türkçeye çevrilip, bir klinik grubunda tarafımızdan test edilmiş olan şekli (Döpfner, 1993) uygulanmıştır.

Obsesyon ve/veya kompulsiyonların kişiye ve günlük hayata etkisini ölçen kriterlere “hayır” cevabı veren çocuklar “sağlıklı”, “bazen” cevabı veren çocuklar “eşik altı OKB”, “sıklıkla/her zaman” cevabı veren çocuklar “OKB” tanısı almışlardır. Bu çalışmada; “eşik altı OKB” terimi yerine, Flament (1988), Valleni-Basile (1996), Thomsen (1991) tarafından aynı anlamda kullanılmış olan “Subklinik OKB” terimi kullanılacaktır.

2.3. Kullanılan Araç ve Gereçler

Demografik veri formu: araştırmacı tarafından oluşturulmuş katılımcıların cinsiyet, sınıf, yaş vb. demografik bilgilerinin yer aldığı formdur.

Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu-I (Structured Clinical Interview for DSM-III-R: SCIDI): Klinik görüşmeye dayalı, psikiyatrik bozuklukları DSM-III-R'ye göre yoklayan, Sorias ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilmiş bir klinik görüşme formudur.

DSM-IV: Amerikan Psikoloji Birliği (APA) tarafından psikolojik rahatsızlıkların tanı ve sınıflandırılmasını için hazırlanmış olan el kitabıdır. Bu çalışmada, velilere dağıtılan anket formunda ve çocuklarla yapılan görüşmede el kitabında Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) için yer alan tanı kriterleri kullanılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

Çocuklar için Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Skalası: Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen klinik görüşmede OKB belirtilerini sorgulamak için geliştirilmiş ve yarı yapılandırılmış anket formudur. Anket formu 5 temel bölümden oluşur: yönergeler, obsesyon tarama listesi, obsesyonların ağırlığını saptama maddeleri, kompulsiyon tarama listesi ve kompulsiyonların ağırlığını saptama maddeleridir. Puanlama yapılırken hem çocuğun kendisinden hem de ebeveynlerden alınan bilgiler kullanılır. Türkçe'ye uyarlaması Yücelen ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır.

2.4. İşlem

Çalışmanın ilk aşamasında 1709 veliye kapalı zarf içerisinde DSM-III-R (SCID I'e göre) ve DSM-IV tanı kriterlerine göre OKB belirtilerini kapsayan, ek olarak da; çocuklar için Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Skalası'nın bulunduğu anket formu sınıf öğretmenleri aracılığı ile verilmiştir. Gönderilen anketlerden 1556'sından dönüş sağlanmıştır. Anket formlarında en az bir semptomun varlığı tespit edilen 805 çocuk ile karşılıklı görüşme yapılmıştır. Görüşmeler 4 psikiyatri asistanı eşliğinde yürütülmüş ve bir psikiyatri uzmanı tarafından konsülte edilmiştir. Öğrencilerle yapılan yüz yüze görüşmede DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterlerinin doldurulması durumunda tanı şiddetinin belirlenmesi için Çocuklar için Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Skalası uygulanmıştır. Görüşmeler 3 hafta sürecinde yürütülmüş ve tamamlanmıştır.

2.5. Verilerin Analizi

Tarama çalışması modelinde yürütülen çalışmada elde edilen verilerin sayı ve yüzde dağılımları gibi betimleyici istatistikler ve kategorik değişkenlerin dağılımları arasındaki farklılık Ki-kare analiziyle, SPSS.5 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

3. BULGULAR

Kullanılan tanı kriterleri ve ölçek sonrasında öğrenciler tanı alan, tanı sınırında olan (subklinik) ve sağlıklı olmak üzere 3 grupta toplanmıştır. En az bir belirtisi olup, akademik ve /veya sosyal işlevselliğinde bozukluk tespit edilmeyen vak'alar “subklinik OKB” olarak değerlendirilmiştir.

Veli geri dönüşü elde edilen 1556 anketin sonuçlarına göre; yaş ortalaması 11,99±1,39 olan 378'i kız ve 427'si erkek olmak üzere 805 öğrenci karşılıklı görüşmeye alınmıştır.

Tablo 1. Veli ve Öğrencilerin Okul Bazında Dağılımı

Okul	Ulaşılan veli sayısı	Görüşmeye alınan öğrenci sayısı
Canaydın İlköğretim Okulu	491	251
Fethiaçağaç İlköğretim Okulu	479	241
Çalı İlköğretim Okulu	250	170
Özel Tunçsiper Lisesi	257	87
Özlüce İlköğretim Okulu	27	23
Ürnlü İlköğretim Okulu	32	24
Alaaddinbey İlköğretim Okulu	14	6
Ertuğrul İlköğretim Okulu	6	3
Toplam	1556	805

Tablo 1’de okullar ve görüşmeye alınan öğrenci dağılımı verilmiştir.

Çalışmanın bulguları değerlendirildiğinde: OKB grubunun saptanma yaşı; %25 oranında 11 yaş grubu, %22,5 oranında 12 yaş grubu, %18,8 oranında 14 yaş grubu, % 15 oranında 13 yaş grubu, %15 oranında 10 yaş grubu ve %3,8 oranında 15 yaş grubu olarak bulunmuştur. Subklinik grup için bu oranlar 10, 11 ve 13 yaş grupları için %25, 12 yaş grubu için 13,8, 14 yaş grubu için %8,8 ve 15 yaş için %2,5 olarak saptanmıştır.

OKB tanısı kız çocuklarda en sık %3,2 oranında 12 yaşında, %2,6 oranında 13 yaşında, %1,9 oranında ise 11 yaşında saptanmış, erkeklerde ise en sık %3,0 oranında 11 yaşında, %2,1 oranında 14 yaşında tespit edilmiştir.

OKB grubunda ortalama başlangıç yaşı $8,96 \pm 2,03$ olarak saptanmıştır. Dağılımı (4-13 yaştır). Belirtilerin başlangıcı çocukların %22,5’inde 10 yaş, %21,3’de 9 yaş, %17,5’de 7 yaş, %11,3’de 8 yaş, %7,5’de 11 yaş, %6,3’de 12 yaş, %5’de 13 yaş, %3,8’de 6 yaş, %2,5’de 5 yaş, %2,5’de 4 yaş olarak saptanmıştır.

Subklinik OKB grubunda ortalama başlangıç yaşı $9,0 \pm 1,99$ olarak, yaş dağılımları 4-14 yaş arası olarak saptanmıştır. Her iki grupta da başlangıç yaşları ve cinsiyet açısından arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 2. Görüşmeye Alınan Çocukların Tanı Gruplarına Göre Sosyodemografik Özellikleri

		OKB		SUBKLİNİK OKB		SAĞLIKLI		TOPLAM	
		N	%	N	%	N	%	n	%
Cinsiyet	Kız	42	5,2	32	4,0	304	37,8	378	47,0
	Erkek	38	4,7	48	5,9	341	42,4	427	53,0
Anne eğitim Düzeyi	İlkokul	34	4,3	42	5,3	342	43,2	418	52,8
	Ortaokul	18	2,3	16	2,0	116	14,7	150	19,0
	Lise	18	2,3	14	1,8	134	16,9	166	21,0
	Üniversite	7	0,9	3	0,4	47	5,9	57	7,2
Baba eğitim düzeyi	İlkokul	26	3,3	28	3,5	213	26,9	267	33,7
	Ortaokul	14	1,8	11	1,4	145	18,3	170	21,5
	Lise	30	3,8	23	2,9	219	27,7	272	34,3
	Üniversite	8	1,0	13	1,6	62	7,8	83	10,5

Tablo 2’de çalışmaya alınan çocukların tanı gruplarına göre sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Buna göre; görüşmeye alınan 805 çocuğun; 80 (%9,9) tanesi OKB, 80 (%9,9) tanesi subklinik OKB ve 645 (80,2) tanesi sağlıklı olarak değerlendirilmiştir. Sağlıklı olan çocuklardan 90 tanesi (%11,2) ise, sadece geçmişte mevcut olan obsesyon ve kompulsyon benzeri semptomlar tarif etmiş ancak, görüşme sonucunda sağlıklı olarak değerlendirilmiştir. OKB grubundaki çocukların 42’si kız olup 38’i erkektir ve kız/erkek oranı 1,1’dir. Subklinik OKB grubunda is 32 kız ve 48 erkek saptanmış olup erkek/kız oranı 1,5 olarak hesaplanmıştır. Her tanı grubu için cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 3. Velinin Ankette Belirttiği Semptomlarla, Çocuğun Görüşmede Bildirdiği Semptomlar Arasındaki Tutarlılığın Her Bir Semptom Kategorisi Açısından Karşılaştırılması

Semptom	Anlamlılık düzeyi
İmpulsif şekilde kendini/diğerlerini yaralama obsesyonu	p>0,05
Simetri, eşitlik, düzen obsesyonları	p<0,001
Kirlilik ve hastalık obsesyonları	p<0,001
Dini obsesyonları	p>0,05
Sayı sayma kompulsiyonu	p>0,05
Kontrol kompulsiyonu	p<0,001
Tekrar kompulsiyonu	p<0,001
Düzen kompulsiyonu	p>0,05
Temizleme ve yıkama kompulsiyonu	p<0,05
Zorlu istifçilik ve biriktirme kompulsiyonu	p<0,001
Diğer (dokunma, ezberleme vb.) kompulsiyonlar	p<0,001

Tablo 3’de; velinin ankette belirttiği semptomlarla, çocuğun görüşmede bildirdiği semptomlar arasındaki tutarlılık her bir semptom kategorisi açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre; velinin ankete verdiği cevaplar ve çocuğun görüşmede verdiği cevapların tutarlılığı karşılaştırıldığında simetri, eşitlik, düzen obsesyonları, kirlilik ve hastalık obsesyonları, kontrol kompulsiyonu, tekrar kompulsiyonu, temizleme ve yıkama kompulsiyonu, zorlu istifçilik ve biriktirme kompulsiyonu ve diğer kompulsiyonlar kategorilerinde anket formu ile çocuk görüşmesinden alınan cevaplar arasındaki tutarlılıkta istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Yani, bu cevaplar birbirleriyle tutarlılık göstermemiştir. Dini obsesyonlar, impulsif şekilde kendini/ diğerlerini yaralama obsesyonu, sayı sayma ve düzen kompulsiyonları ile ilgili sorularda ise, velinin anket formundan verdiği cevaplarla, çocuğun görüşmede verdiği cevaplar birbiriyle tutarlı bulunmuştur.

Diğer kompulsiyonlar, temizleme ve yıkama kompulsiyonu, kirlilik ve hastalık obsesyonlarında velinin bildirdiği semptomlarla çocukta saptanan semptomlar arasındaki tutarsızlık, annenin eğitim düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkilidir. Aradaki tutarsızlık annenin eğitim düzeyi düştükçe artmaktadır. Diğer yandan benzer sonuçlar baba eğitim durumu için de elde edilmiştir. Kontrol kompulsiyonu, temizleme ve yıkama kompulsiyonu veli cevapları ile çocukta saptanan semptomlar arasındaki tutarsızlık babanın eğitim durumu düştükçe artmaktadır.

Tablo 4. OKB Grubu İçin Tanı Şiddetinin Cinsiyete Göre Dağılımı

	OKB					
	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	N	%	N	%
Hafif	27	33,7	26	32,5	53	66,2
Orta	15	18,8	10	12,5	25	31,3
Yüksek	0	0	2	2,5	2	2,5

Tanı şiddet gruplarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05)

Tablo 4’de, OKB grubu için tanı şiddetinin cinsiyete göre dağılımı belirtilmiştir. Buna göre; OKB tanı grubu için katılımcıların %66,2’si hafif şiddette, %31,3’ü orta şiddette ve %2,5’i yüksek şiddette OKB tanısı almıştır. Tanı şiddet gruplarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05). OKB grubunda sadece 4 olgu (%5), bu şikâyeti için önceden hekime başvurmuştur. Başvuru yapanlar; orta şiddette bozukluğu olanlardan 2 kişi (%2,5), hafif şiddette bozukluğu olanlardan 2 kişi (%2,5)’dir.

Tablo 5. Obsesyon ve Kompulsiyon Şekillerinin Dağılımı (Aynı Çocukta Değişik Belirtiler Bir Arada Görülebildiği için Toplam Sayı %100’ü Aşmaktadır)

Obsesyon	OKB		SUBKLİNİK OKB		Kompulsiyon	OKB		SUBKLİNİK OKB	
	N	%	n	%		n	%	n	%
Korku	40	50,0	23	28,9	Törenselle davranışlar	45	57,5	35	43,8
Düşünce	23	28,9	19	23,8	Kontrol	35	43,8	32	40,0
Şüphe	12	15,0	11	13,8	Tekrarlama	29	36,3	24	30,0
Hayal	9	11,3	12	15,0	Düzenleme	27	33,4	24	30,0
İnanç	2	2,5	0	0	Yıkama	16	20,0	10	12,5
Dürtü	1	1,25	2	2,5	İstifleme	6	7,5	2	2,5

Tablo 5'te, Obsesyon ve kompülsiyon şekillerinin dağılımı yer almıştır. Buna göre; OKB grubunda obsesyon şekillerinin dağılımında korku %50, düşünce %28,9, şüphe %15,0, hayal %11,3, inanç %2,5 ve dürtü %1,25 olarak bulunmuştur. Subklinik OKB grubu için bu sayılar korku için %28,9, düşünce için %23,8, şüphe için %13,8, hayal için %15,0 ve dürtü %2,5 olarak hesaplanmıştır. Kompülsiyonların dağılımı OKB grubunda sayma, dokunma, ezber şeklindeki törensel davranışlar için %57,5, kontrol, %43,8, tekrarlama için %36,3, düzenleme için %33,4, yıkama için %20,0 ve istifleme için %7,5 olarak elde edilmiştir. Aynı oranlar subklinik OKB grubu için sırasıyla %43,8, %40,0, %30,0, %30,0, %12,5 ve %2,5 olarak saptanmıştır.

Tablo 6. Çocuklarda Obsesyon ve Kompülsiyon Sayılarının Hastalık Grupları Açısından Dağılımı

	OKB		SUBKLİNİK OKB	
	N	%	N	%
Obsesyon yok	6	7,5	21	26,3
Bir Obsesyon	59	73,8	49	61,2
İki Obsesyon	13	16,2	10	12,5
Üç Obsesyon	2	2,5	0	0
Kompülsiyon yok	9	11,3	16	20,0
Bir Kompülsiyon	22	27,5	23	28,7
İki Kompülsiyon	24	30	20	25,0
Üç Kompülsiyon	14	17,5	18	22,5
Dört Kompülsiyon	8	10	2	2,5
Beş Kompülsiyon	3	3,7	1	1,3

Tablo 6'da, obsesyon ve kompülsiyon sayılarının hastalık grupları açısından dağılımı verilmiştir. Buna göre; OKB grubunda 9 tane saf obsesif (%11,3) ve 6 tane saf kompulsif (%7,5) hasta saptanmıştır. 65 çocukta (%81,2) bir ya da birden çok obsesyon ve kompülsiyon bir arada bulunmaktadır. Subklinik OKB grubunda 16 tane saf obsesif (%20,0) ve 21 tane saf kompulsif (%26,3) hasta saptanmıştır. 43 çocukta (%53,7) bir ya da birden çok obsesyon ve kompülsiyon bir arada bulunmaktadır.

Tablo 7. Obsesyon ve Kompülsiyon Kategorilerinin İçeriklerinin Dağılımı (Aynı Çocukta Değişik Belirtiler Bir Arada Görülebildiği için Toplam Sayı %100'ü Aşmaktadır)

Obsesyon içeriği	OKB		SUBKLİNİK OKB		Kompülsiyon içeriği	OKB		SUBKLİNİK OKB	
	N	%	n	%		N	%	n	%
İmpulsif şekilde kendini/diğerlerini yaralama	69	86,3	52	65,0	Sayı sayma	35	43,8	27	33,8
Simetri, eşitlik, düzen	39	48,8	20	25,0	Kontrol	34	42,5	32	40,0
Kirlilik ve hastalık	26	32,5	29	36,3	Tekrar	33	41,3	22	27,5
Dinsel	19	23,8	14	17,5	Düzen	27	33,4	25	31,3
Bedensel	5	6,3	0	0	Temizleme ve yıkama	17	21,3	11	13,8
					Zorlu istifçilik ve biriktirme	6	7,5	3	3,8
					Diğer (dokunma, ezberleme vb.)	63	78,8	58	72,5

Tablo 7'de, obsesyon ve kompülsiyon kategorilerinin içeriklerinin dağılımına yer verilmiştir. Buna göre; OKB grubu için daha sık olarak impulsif şekilde kendini/diğerlerini yaralama (%86,3) ve simetri, eşitlik, düzen (%48,8) obsesyon içeriği görülmektedir. Subklinik OKB grubu için daha sık olarak impulsif şekilde kendini/diğerlerini yaralama (%65,0) ve kirlilik ve hastalık (%36,3) obsesyon içeriği görülmektedir. Kompülsiyon içeriği için OKB grubunda sayı sayma (%43,8), kontrol (%42,5) ve tekrar (%41,3), temizleme ve yıkama (%21,3) ağırlıkta iken subklinik OKB grubu için kontrol (%40,0) ve sayı sayma (%33,8) kompülsiyonları ağırlıktadır.

Tablo 8. Bozukluğu tetikleyici faktörlerin dağılımı (bazı çocuklar birden fazla tetikleyici faktör belirtmiştir)

	OKB		SUBKLİNİK OKB	
	N	%	N	%
Tetikleyici faktör belirtmeyen çocuk	44	55,0	65	81,3
Tetikleyici faktör belirten çocuk	36	45,0	15	18,7
TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER				
Ebeveynler arası geçimsizlik	7	8,8	2	2,5
Ekonomik zorluk	3	3,8	0	0
Göç	0	0	2	2,5
Arkadaş uyum sorunu	5	6,3	1	1,3
Ailede birinin hastalanması	10	12,5	3	3,8
Çocuğun rahatsızlanması	1	1,3	1	1,3
Kafa travması	0	0	1	1,3
Ailede kayıp	4	5,0	3	3,8
Okla başlama	0	0	2	2,5
Okul başarısızlığı	6	7,5	0	0
Evde yalnız kalma	1	1,3	0	0
Evde şiddete maruz kalma	0	0	1	1,3
Aile büyükleriyle geçimsizlik	3	3,8	2	2,5
Anne-baba boşanması	2	2,5	1	1,3

Tablo 8’de, bozukluğu tetikleyici faktörlerin dağılımı verilmiştir. Buna göre; OKB grubunda tetikleyici faktör belirten çocuk oranı %45,0 iken, subklinik OKB grubunda bu oran % 18,7’dir. Arada istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,001$) mevcuttur.

OKB tetikleyici faktörlerden tanılu grup için dikkat çeken faktörler ailede birinin hastalanması (%12,5), ebeveynler arası geçimsizlik (%8,8), okul başarısızlığı (%7,5), arkadaş uyum sorunu (%6,3) ve ailede kayıp (%5,0) dikkat çekmektedir. İlgili faktörler subklinik OKB grubu için ailede kayıp (%3,8) ve ailede birinin hastalanması (%3,8) şeklinde dikkat çekmektedir. Her iki grup içinde ortak olan ve yüksek sıklıkta görülen tetikleyici faktör ailede birinin hastalanmasıdır.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmadaki yüz yüze görüşme tekniğiyle yapılan taramamız sonucunda OKB oranı %9,9, subklinik OKB oranı %9,9 olarak bulunmuştur. Sadece veli anketlerine dayalı olarak yapılan 1556 kişilik taramada ise OKB belirtileri %5,1, subklinik OKB belirtileri %5,1 olarak tespit edilmiştir. Literatürde bildirilen prevalans çalışmalarından, Zohar (1999); 16-17 yaş aralığındaki 562 kişilik toplumsal örneklem grubunda İsrail’de OKB prevalansı %3,56±0,72 olarak, subklinik OKB prevalansı ise %1,25 olarak bildirilmiştir. Valeni-Basile (1994) çalışmasında ise, 12-15 yaş toplumsal örneklem grubunda (3283 çocuk taranmış, 488 çocuk bireysel olarak değerlendirilmiş), OKB prevalansı %3, subklinik OKB prevalansı %19 olarak bildirilmiştir. Chabane (2007) tarafından bildirilen daha yeni bir çalışmada prevalans hızı ön ergenlikte %1, ergenlikte %3 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları her ne kadar prevalans hızını yansıtmıyorsa da, tespit edilen oranlar toplumsal örneklerindeki OKB sıklığının, klinik örneklemden daha fazla olabileceğini öneren literatür bilgileriyle (Rapoport, 1986, Valleni-Basile, 1994) uyumlu olarak, yukarıda belirtilen prevalans çalışmalarından daha yüksektir. Bununla beraber, Ülkemizde Paluluve ark. Tarafından, 8-16 yaş grubunda, 1762 kişilik toplumsal örnekleme (Ankara ili içindeki öğrencilerden seçilen), OKB görülme sıklığını belirlemek üzere, Leyton Obsesif-Kompulsif Envanteri (LOI)-Çocuk Formu ve Leyton Obsesyon Envanteri-Öğretmen Değerlendirmesine göre yapılan tarama sonucunda OKB görülme sıklığı LOI-Çocuk Formunda %10,4, LOI-Öğretmen Değerlendirmesi formunda %13,6 oranında bulunmuştur (Palulu, 1994). Bu oranlar, bu çalışmanın sonuçlarına yakındır.

Bu çalışmanın örneklemindeki yaş ortalaması yukarıda belirtilen çalışmalardan daha küçükken OKB görülme oranının daha fazla bulunmuş olması; bizim toplumumuzda bu bozukluğun daha fazla görülüyor olma ihtimalini akla getirmekle birlikte, Rachman (1978), Leonarda (1990) ve Evans (1997)’nin, işaret ettiği gibi, normal gelişimsel dönemle sınırlı olan ve sonradan kaybolan obsesyon ve kompulsiyon benzeri davranışlarla da ilişkili olabilir. Nitekim, 805 çocuktan %11,2’nin sadece geçmişte mevcut

obsesyon ve kompulsiyon benzeri davranışlardan bahsetmiş olup, bizim görüşmemizde “sağlıklı” grupta değerlendirilmiş olmaları bu durumu destekler niteliktedir.

Bu çalışmada, OKB ve subklinik OKB gruplarının her ikisinde de cinsiyet yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kızlar hafifçe daha yüksek olmakla beraber kız/erkek oranı 1.1, yani yaklaşık eşittir. Bu bulgular OKB’de kız/erkek oranını yaklaşık eşit bulan diğer çalışmalarla (Flament 1988, Riddle 1990, Valleni-Basile 1994, Zohar, 1999). uyumludur.

Veliler tarafından anketlerde işaretlenen cevaplarla çocuklarla bireysel görüşme neticesinde alınan cevaplar arasında bazı semptom kümelerinde tutarsızlık saptanmış olması; bazı maddelerin veliler tarafından tam anlaşılmayacak şekilde ifade edilmiş olmasıyla ilgili olarak metotsal nedenlere bağlı olabilir. Ek olarak, çocuklar bu maddelerde ifade edilen belirtilerini ailelerinden gizlemiş olabilirler veya aileler bu belirtileri önemsememiş/fark etmemiş olabilir. Metotsal açıdan aradaki tutarsızlığın nedeni tarafımızdan araştırıldığında, bazı semptomlarda aradaki tutarsızlıkların anne ve/veya babanın eğitim düzeyi düştükçe arttığı saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar, bireysel değerlendirme olmaksızın, sadece anket formuna dayalı olarak yapılacak toplumsal araştırmaların gerçek sayıları yansıtmayabileceği gerçeğini bir kez daha göstermektedir. Bu durum, sadece anket formlarına dayalı toplumsal araştırmaların sonuçları yorumlanırken “hastalık veya bozukluk değil”, “belirti” teriminin kullanılmasının gerekli olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca bu çalışmada geliştirilmiş olan anket formunun veliler tarafından daha iyi anlaşılır hale getirilmesi, tarama ve tanı koymada yardımcı olabilmesi için, bulgular kısmında belirtilmiş olan tutarsızlık gösteren maddelerin yeniden düzenlenmesine ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada; OKB tanısı kız çocuklarda en sık %3,2 oranında 12 yaşında, %2,6 oranında 13 yaşında, %1,9 oranında ise 11 yaşında saptanmış, erkeklerde ise en sık %3,0 oranında 11 yaşında, %2,1 oranında 14 yaşında tespit edilmiştir. Bu durum Honjo ve ark. (1989) tarafından bildirilen bozukluğun erkeklerde 11-14, kızlarda ise 11-13 yaşlarında pik yaptığını ifade eden sonuçlarla uyumludur.

Bu çalışmada OKB grubunda ortalama başlangıç yaşı $8,96 \pm 2,03$ olarak saptanmıştır. Dağılımı (4-13 yaştır). Riddle ve ark. (1990); ortalama başlangıç yaşını 5-14 arasında değişecek şekilde $9,0 \pm 2,9$ belirtmişler ve başlangıç yaşıyla cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (50). Hanna ve ark. (1995); ortalama başlangıç yaşını 10,0 olarak, Thomsen ve ark. (1991); ortalama başlangıç yaşını 10,4 olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları OKB’de ortalama başlangıç yaşı açısından bu çalışmalarla uyumludur. Ayrıca çalışmamızda subklinik OKB grubunda ortalama başlangıç yaşı $9,0 \pm 1,99$ olarak, yaş dağılımları 4-14 yaşlar arasında bulunmuştur. Her iki tanı grubu arasında ortalama başlangıç yaşı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmada başlangıç yaşı ve cinsiyet arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu bazı çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu (Riddle 1990, Thomsen 1991, Toro 1992,) olup, başlangıç yaşının erkeklerde kızlardan daha erken olduğunu belirten çalışmalarla (Rapoport1986, March1996, Thomsen1991, Zohar1999, Kiejna2002, Torresan2009) uyumsuzdur.

Bu çalışmada, OKB tanılı grup için katılımcıların %66,2’si hafif şiddette olması toplumsal örnekleme bozukluğun daha ziyade hafif seyrettiğini düşündürmektedir. Şikayetleri için hekime önceden başvurmuş olan 4 kişi arasında; orta şiddette bozukluğu olanlardan 2 kişi (%2,5), hafif şiddette bozukluğu olanlardan 2 kişi (%2,5) olması, hastaların çoğunun ancak işlevsellikte belirgin kayıp olduğu takdirde hastaneye başvurduğunu bildiren çalışmaların (Rapoport1981, Flament1988, Thomsen1991, Valleni-Basile1994,) uyumludur. Şiddetli olan iki olgu ise önceden hiç hekime başvurmamıştır. Bu sonuçlar, toplumumuzda ailelerin çocuk ruh sağlığı konusunda yeterince bilince sahip olmadıkları ve her ne kadar çocuklar tarafından gizli tutulma eğilimi yüksekse de, OKB’nin halk arasında yeterince tanınmadığı kanaatini uyandırmıştır. Aras ve ark. (1998); ülkemizde yaptıkları çalışmada, OKB başladıktan sonra okul başarısında %40 düşme saptamışlardır. Bu durum, toplum ruh sağlığı açısından ailelerin bu bozukluk konusunda bilinçlenmelerinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada hastalığın başlangıç yaşı ve şiddet dağılımıyla cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonuçlar Hanna ve ark.’nın (1995), 10 yaşından önce hastalık başlayan erkeklerde ve 10 yaşından sonra hastalık başlayan kızlarda bozukluğun daha şiddetli olduğunu bildiren klinik tabanlı örneklem grubundaki sonuçlarıyla ve erkeklerde hastalığın daha erken başlayıp şiddetin daha ağır olduğunu bildiren Torresan’ın (2009) çalışmasıyla uyumsuzdur.

Bu çalışmanın fenomenolojik özelliklerle ilgili sonuçlarında tablo-5'te özetlendiği gibi, sıklık sırası açısından ilk iki sırada “korku” ve “düşünce”nin yer almış olması, Khanna (1988)'nin erişkinlerde saptadığı sıralamayla uyumludur.

Bu çalışmada, OKB'de saptanan kompulsiyon şekillerinde en sık olarak törensel davranışların varlığı (%57,5), kontrol etme (%43,8), tekrarlama (%36,3) düzenleme (%33,4), yıkama (%20), ve istifleme (%7,5) oranında tespit edilmişken, kompulsiyon kategorileri içeriğine göre değerlendirildiğinde, törensel davranışlar grubunda en sık sayı sayma kompulsiyonunun (%43,8) varlığı saptanmıştır. Literatürde ise Thomsen ve ark. (1991), çocuk ve ergenlerden oluşan klinik popülasyonda en sık görülen kompulsiyon şeklini, (%64) oranında “törensel davranışların” oluştuğunu bildirmişlerdir. Swedo ve ark. (1989), klinik örnekleme önde gelen kompulsiyonları temizleme-yıkama (%85), tekrarlama (%51), kontrol etme (%46), istifleme (%11) şeklinde bildirmişlerdir. Flament ve ark. (1988); toplumsal ergen örnekleme en sık el yıkama ve temizleme (%85), kontrol etme (%40), düzenleme (%35) oranlarında kompulsiyonlar bildirmiştir. Riddle ve ark. (1990); klinik örnekleme dayalı çalışmalarında, kompulsiyon şekillerini sırasıyla, tekrarlama (%76), yıkama (%67), düzenleme (%62), kontrol (%57), törensel sayma davranışı (%24), istifleme (%10) olarak belirtmişlerdir. Bu çalışmanın bulguları, kompulsiyon şekillerinde birinci sırada törensel davranışların yer alması açısından Thomsen'in (1991) çalışmasıyla uyumludur. Swedo ve ark.'nın (1989) kontrol etme ve istifleme, Flament ve ark.'nın (1988) kontrol etme, düzenleme, Ridde ve ark.'nın (1990) istifleme kompulsiyonları ile ilgili yüzdeleri bu çalışmanın sonuçlarıyla genel olarak uyumludur. Bahsedilen bu çalışmalarda oranlar değişkenlik göstermekle beraber, genel olarak yıkama, tekrar ve kontrol etme kompulsiyonları en sık görülenler arasında bildirilmiştir. Bu çalışmada da kontrol etme ve tekrar kompulsiyonları sık görülen semptomlar arasında olmasına rağmen, yıkama kompulsiyonu 5. Sırada yer almaktadır. Bu sonuç, Diler (2002), Agarwal (2016) ve Anagnostopoulos (2016)'nın bildirdiği oranlarla paralellik göstermemekte olup, Noshirvani ve ark. (1991) tarafından bildirilen, hastalığı erken başlayanlarda (5-15 yaş) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha çok kontrol etme, geç başlayanlarda (26-35 yaş) ise daha çok yıkama kompulsiyonlarının sık görüldüğüne dair bulgularla uyumlu olarak yorumlanabilir. Ayrıca Valleni-Basile ve ark. (1994); toplumsal ergen örnekleminde OKB'de kompulsiyon şekillerini sıklık sırasıyla; düzenleme (%56), sayma (%41), istifleme (%38), yıkama (%17), kontrol etme (%12) olarak saptamışlardır. Bu çalışmada yıkama kompulsiyonu ile ilgili olarak saptanan sıklık sıralaması ve oranı bu son çalışmayla paralellik göstermektedir.

Obsesyonların kategorisinin içeriğiyle ilgili olarak yapılan çalışmalar; oranları değişik olmakla beraber sıklık sırasına göre; kir ve mikroplarla ilgili obsesyonları, korkunç bir şey olacak korkusunu, sevdiği birisinin başına zarar gelme/birisine zarar verme korkularını, simetri ve dini düşüncelerle ilgili obsesyonları bildirmişlerdir (Khanna 1988, Honjo1989, Swedo1989, Riddle1990, Thomsen1991, Toro1992). Bu çalışmanın sonuçları kir ve mikropla ilgili obsesyonların dışında diğer belirtilen obsesyonların sıklığı açısından sözü geçen çalışmalarla uyumludur. Bu çalışmada, OKB grubunda obsesyon kategorilerinin içeriğine göre dağılımlarına bakıldığında, kirlilik ve hastalık obsesyonunun %32,5 oranında saptanmış olup, impulsif şekilde kendini/diğerlerini yaralama obsesyonu %86,3, simetri, eşitlik ve düzen obsesyonları %48,8 oranında tespit edilmiştir. Bu çalışmada kirlilik ve hastalık obsesyonu literatür bilgileriyle uyumsuz olarak üçüncü sırada yer almaktadır. Kompulsiyon kategorisinin içeriğine göre baktığımız zaman benzer şekilde temizleme ve yıkama kompulsiyonunun %21,3 oranıyla beşinci sırada yer aldığı görülmektedir. Bu farklılık, çalışma kapsamına alınan yaştaki çocuk ve ergenlerin, hijyen konusundaki farkındalık düzeylerini sorgulatmaktadır. Türkiye'de Aras ve ark. (1998) tarafından klinik örnekleme dayalı olarak yapılan çalışmada ise, kir-mikrop-çevresel toksinlerle ilgili kaygı obsesyonunun (%52,5) ve el yıkama, duş-banyo-diş fırçalama veya giyimini düzeltme kompulsiyonunun (%55), sıklık açısından daha ön sıralarda yer almış olması, toplumumuzda bu yaş grubundaki çocuklarda bu semptomların belki de ancak tıbbi yardım başvurusunu gerektirecek kadar ağır olan vak'alarda öne çıkabileceğini, onun dışında temizliğin kültürel bir alışkanlık olarak kabul edilebileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada OKB grubunda; %11,3 vak'ada sadece obsesyon, %7,5 olguda sadece kompulsiyon mevcuttur. Bir ve birden çok obsesyon ve kompulsiyonun bir arada saptanma oranı ise %81,2'dir. OKB'de benzer şekilde obsesyon ve kompulsiyonların bir arada bulunduğunu bildiren birçok çalışma vardır (2,10,50,53,83). Valleni ve Basile (1994); toplumsal ergen örnekleme grubunda %55, vak'ada (10)

obsesyon ve kompulsiyonları bir arada saptamıştır. Bizim sonuçlarımız bu bulgularla paralellik göstermekte olup, Zohar'ın (1992) % 50 çocukta sadece obsesyonun varlığını bildiren çalışmasıyla (10) uyumlu değildir. Bu çalışma aynı zamanda, saf kompulsiflerin daha fazla olduğunu bildiren Swedo'nun (1989) çalışma sonuçlarına da (2) tezat oluşturmaktadır.

Bu çalışmada OKB grubundaki çocukların %45'i şikayetlerinin bazı faktörlerle tetiklendiğini, %55'i ise böyle bir faktörün söz konusu olmadığını belirtmiştir. Bu sonuç, bozukluğun ortaya çıkmasında tetikleyici faktörlerin dışında başka nedenlerin de rol oynayabileceğini düşündürmekle birlikte, çocukların muhtemel bir tetikleyici faktörün varlığının farkında olmamasına da bağlı olabilir. Bu çalışmayla paralellik gösterecek şekilde, Valleni-Basile ve ark. (1996), ergen toplumsal örnekleme istenmeyen hayat olaylarının artmasının OKB gelişimi açısından risk faktörü oluşturduğunu (6), Swedo ve ark. (1989) ise hastaların 1/3'de semptomların dış uyaranlarla tetiklendiğini bildirmişlerdir (2). Thomsen (1995) vak'aların yarısında tetikleyici bir faktörün varlığından bahsetmiştir (92).

Bu çalışmada, OKB grubundaki tetikleyici faktörler değerlendirildiğinde sıklık sırasına göre; ailede birinin hastalanması (%12,5), ebeveynler arası geçimsizlik (%8,8), okul başarısızlığı (%7,5) oranında tespit edilmiştir. Literatüre baktığımızda Honjo ve ark. (1989) OKB'yi tetikleyici faktörler arasında daha ziyade okulla ilgili sebeplerin yer aldığını bildirmişlerdir (47).

5. SONUÇ

Bu çalışmada, çocuk ve ergenlerde OKB sıklığını araştırmak amacıyla Bursa'nın iki merkez ilçesinden toplam 1556 çocuğun velisinden anket yoluyla cevap alınmış, anket sonuçlarına göre toplam 805 çocuk bireysel olarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar, Bursa merkez ilçelerinden yaş ortalaması 11.99±1.39 olan bir örneklem grubunda OKB ve subklinik OKB'nin görülme oranlarını ve fenomenolojisini göstermektedir. Bu çalışma bilindiği kadarıyla, Türkiye'de çocuk ve ergenler üzerinde OKB epidemiyolojisiyle ilgili olarak yapılan, anket taramasına ek olarak yüz yüze görüşmeyi kapsayan, ilk geniş kapsamlı toplumsal çalışmayı teşkil etmektedir. OKB ve subklinik OKB görülme oranı her birisi için %9,9 olarak hesaplanmıştır. OKB grubunda kızlar hafifçe daha fazla olmakla birlikte kız/erkek oranı 1,1 yani yaklaşık olarak eşittir. Subklinik OKB grubunda erkekler daha fazla olup erkek/kız oranı 1,5 olarak saptanmıştır. OKB grubunda obsesyon şekillerinde en sık olarak korku (%50), düşünce (%28,9) ve şüphe (%15), kompulsiyon şekillerinde ise en sık; törensel davranışlar (%57,5), kontrol etme (%43,8) ve tekrarlama (%36,3) saptanmıştır. OKB grubunda semptomların içeriğine bakıldığında obsesyonlardan en sık impulsif olarak kendini/diğerlerini yaralama obsesyonu (%86,3), simetri-eşitlik-düzen obsesyonu (%48,8) ve kirlilik-hastalık obsesyonu (%32,5) oranında saptanmıştır. Kompulsiyonlarda ise en sık olarak sayı sayma (%43,8) şeklinde törensel davranışlar saptanmıştır. Temizleme ve el yıkama kompulsiyonu ise literatür bilgilerinin çoğunluğundan farklı olarak %21,3 oranıyla beşinci sırada yer almıştır. Bu fenomenolojik özellikler değerlendirildiğinde, tıbbi yardım arayışı gerektirmeyecek şiddetteki vak'ardan oluşan toplumsal örneklem grubunda, kirlilik-hastalık obsesyonu veya temizlik-yıkama kompulsiyonunda olduğu gibi, görülme sıklığında kültüre özgü bir sıra değişikliğinin olabileceği kanısına varılmıştır.

OKB grubundaki çocukların %45'i şikayetlerinin bazı hayat olaylarıyla tetiklendiğini belirtirken, subklinik OKB'de bu oran %18,7 olarak belirtilmiş olup istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşüktür.

Sonuç olarak, özellikle toplumsal tabanlı örneklem gruplarında çocuk ve ergenlerde OKB görülme oranının eskiden düşünüldüğünden daha fazla olduğu görülmüştür. Taramayla saptanan OKB'li vak'aların sadece çok küçük bir yüzdesinin önceden bu şikayeti için hekime başvurmuş olduğu tespit edilmiştir. Hastalığın seyri açısından erken tanı ve tedavinin önemi göz önüne alındığında, bu bozukluğun aileler tarafından daha iyi tanınabilmesi için bu çalışma sadece bir başlangıcı temsil etmekte olup, ülkemizde değişik bölgelerde bu konuda yapılacak olan geniş tabanlı epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. KISITLILIKLAR

Bu çalışmanın sonuçlarıyla ilgili olarak bazı kısıtlamalar şu şekilde özetlenebilir: Seçilen örneklem grubu, Bursa merkez ilçelerinin genel dağılımını tam temsil etmediği için, prevalans hızını yansıtmamaktadır. Ancak, anketle yapılan taramadan sonra, bireysel görüşme ve değerlendirmeye

alınan çocuk sayısının 805 olması, bilindiği kadarıyla bu konuda Türkiye’de yapılan ilk geniş kapsamlı toplumsal çalışmayı teşkil etmektedir. Tarama amacıyla geliştirilmiş olan anket formundaki bazı soruların yukarıda tartışıldığı şekilde veliler tarafından tam anlaşılammış olması ihtimaliyle, belirtisi olan çocukların bazılarının gözden kaçmış olması olasılığı çalışmanın bir diğer kısıtlaması olarak düşünülebilir. İlerleyen zamanda bu konuda, Bursa ili genelini temsil eden bir örneklem grubunda, anket formunun yeniden gözden geçirilip daha geçerli hale dönüştürüldüğü daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

- AGARWAL, V., YADUVANSHI, R., ARYA, A., GUPTA, P.K., SITHOLEY, P. (2016). A Study of Phenomenology, Psychiatric Co-Morbidities, Social and Adaptive Functioning in Children and Adolescents With OCD. *Asian J Psychiatr*, 22,69-73.
- ALLSOPP, M., VERDUYN, C. (1989). A Follow up of Adolescents With Obsessive Compulsive Disorder, *British Journal of Psychiatry*,154,829-834.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (1994). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)*, (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- ANAGNOSTOPOULOS, D.C., KORLOU, S., SAKELLARİOU, K., KONDYLI, V., SARAFİDOU, J., TSAKANİKOS, E., GIANNAKOPOULOS, G., LIAKOPOULOU, M. (2016). Comorbid Psychopathology and Clinical Symptomatology in Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *Psichiatriki*, 27(1),27-36.
- ARAS, Ş., MUSABALI, S., AYDIN, C (1998). Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Özellikleri. 8. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresinde Sözel Bildiri Şeklinde Sunulmuş Tez Çalışması.
- BERG, C.Z., RAPAPORT, J.L., WHITAKER, A., DAVIES, M., LEONARD, H., SWEDO, S.E., BRAİMAN, S., LENANE, M. (1989). Childhood Obsessive Compulsive Disorder: A Two-Year Prospective Follow- up of a Community Sample. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*,28 (4), 528-533.
- CHABANE, N., DELORME, R. (2007) Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Rev Prat*, 57(1), 45-51.
- DİLER, R.S., AVCI, A. (2002). Sociodemographic and Clinical Characteristics of Turkish Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *Croat Med J*, 43(3),324-9.
- DÖPFNER, M. LEHMKUHL, G., BERNER, W., SCHWİTZGEBEL, P., VON ASTER, M., STEİNHAUSEN, H.C (1993) Die Psychopathologische Befund-Dokumentation: Ein Vergleich zur Beurteilung Psychischer Störungen Bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 21 (2), 90-100.
- EVANS, D.W., LECKMAN, J.F., CARTER, A., REZNICK, J.S., HENSHAW, D., KING, R.A., PAULS, D. (1997). Ritual, Habit and Perfectionism: The Prevalance and Development of Compulsive-Like Behavior in Normal Young Children. *Child Development*, 68(1), 58-68.
- FLAMENT, M.F., WHITAKER, A., RAPAPORT, J.L., DAVIES, M., BERG, C.Z., KALİKOW, K., SCEERY, W., SHAFFER, D. (1988). Obsessive Compulsive Disorder in Adolescence: An Epidemiological Study. *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27(6),764-771.
- GOODMAN, W.K, PRİCE, L.H., RASMUSSEN,S.A. (1989) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II: validity. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- HANNA, G.L. (1995) Demographic and Clinical Features of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Obsessive Compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34(1), 19-27.

- HOLLANDER, E., WONG, C.M. (1995). Introduction Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *J. Clin. Psychiatry*, 56 (suppl 4), 3-6.
- HONJO, S., HIRANO, C., MURASE, S., SUGIYAMA K. T., AOYAMA, O. T., TAKEI, Y., INOKO, K., WAKABAYASHI, S. (1989). Obsessive-Compulsive Symptoms in Childhood and Adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80,83-91.
- IVARSSON, T., VALDERHAUG, R. (2006). Symptom Patterns in Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Behav Res Ther*, 44(8),1105-16.
- KHANNA, S., CHANNABASAVANNA, S.M. (1988). Phenomenology of Obsession in Obsessive-Compulsive Neurosis. *Psychopathology*, 21, 12-18.
- KIEJNA, A., RYMASZEWSKA, J., KANTORSKA-JANIĘC, M., TOKARSKI, W. (2002). Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Pol*, 36(4),539-48.
- LEONARDA, H.L, GOLDBERGER, E.L, RAPAPORT, J.L., Cheslow, D.L., Swedo, S. (1990). Childhood Rituals: Normal Development or Obsessive-Compulsive Symptoms? *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 29(1),17-23.
- MARCH, J.S., LEONARD, H.L. (1996). Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: a Review of the Past 10 Years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35 (10),1265-1273.
- NOSHİRVANI, H.F., KASVİKİS, Y., MARKS I.M., TSAKİRİS F. (1991). Gender-Divergent Aetiological Factors in Obsessive Compulsive Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 158, 260-63.
- ÖY, B. (1994). Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk: Epidemiyoloji, Klinik, Aile Özellikleri ve Sonlanım. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1 (2), 119-124.
- PAULS, D.L., ALSOBROOK, J.P., GOODMAN, W., RASMUSSEN, S., LECKMAN, J.F. (1995). A Family Study of Obsessive Compulsive Disorder. *Am. J. Psychiatry*, 152, 76-84.
- PALULU N., EROL, N., ARSLAN L. (1994). Obsesif Kompulsif Bozukluğun İlkokul ve Ortaokul Çocuklarında Görülme Sıklığı: Norm Çalışması. 4. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi Özet Kitabı*, Bursa, p,6-7.
- RACHMAN, S., DE SİLVA, P. (1978). Abnormal and Normal Obsessions. *Behav. Res. And Therapy*, 16,233-48.
- RAPOPORT, J.L. (1986). Annotation Childhood Obsessive Compulsive Disorder. *J. Child Psychol. Psychiat*, 27 (3), 289-295.
- RAPOPORT, H., ELKİNS, R., LANGER, D. (1981). Childhood Obsessive Compulsive Disorder. *Am J. Psychiatry*, 138 (12), 1545-54.
- RİDDLE, M.A., SCAHİLL, L., KİNG, R., HARDİN, M.T., TOWBİN, K.E., ORT, S.I., LECKMAN, J.F., COHEN, D.J. (1990). Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Phenomenology and Family History. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(5),766-72.
- Scahill, L., Riddle, M.A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S.I, King, R.A., Goodman, W.K., Cicchetti, D., Leckman, J.F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and Validity. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36 (6),844-52.
- SORİAS, S., SAYGILI, R., ELBİ, H., VAHİP, S., METE, L., NİFİME, Z. (1990), *DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, (SCID-OP)*, Bornova: Ege Üniversitesi Basımevi.
- SWEDO, S.E., RAPAPORT, J.L., LEONARD, H., LENANE, M., CHESLOW, D. (1989). Obsessive Compulsive Disorderi in Children and Adolescents: Clinical Phenomenology of 70 Consecutive Cases. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46,335-341.
- THOMSEN, P.H. (1991). Obsessive-Compulsive Symptoms in Children and Adolescents: A Phenomenological Analysis of 61 Danish Cases. *Psychopathology*, 24,12-18.

- THOMSEN, P.H., MÍKKELSEN, H.U. (1991). Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder: The Demographic and Diagnostic Characteristics of 61 Danish Cases. *Acta Psycyhiatr. Scand*, 83, 262-66.
- THOMSEN, P.H. (1995). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Study of Parental Psychopathology and Precipitating Events in 20 Consecutive Danish Cases. *Psychopathology*, 28(3),161-7.
- TORO, J., CERVERA, M., OSEJO, E., SALAMERO M. (1992). Obsessive Compulsive Disorder in Childhood and Adolescence: A Clinical Study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1025-1037.
- TORRESAN, R.C, RAMOS-CERQUEIRA, A.T., De MATHÍS, M.A., DÍNÍZ, J.B., FERRÃO, Y.A., MÍGUEL, E.C., TORRES, A.R (2009).. Sex Differences in the Phenotypic Expression of Obsessive-Compulsive Disorder: An Exploratory Study From Brazil. *Compr Psychiatry*, 50(1),63-9.
- VALLENÍ-BASÍLE, L.A., GARRISON, C.Z., JACKSON, K.L., WALLER, J.L., MC KEOWN, R.E., ADDY, C.L., CUFFE, S.P. (1994). Frequency of Obsessive Compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33(6),782-791.
- VALLENÍ-BASÍLE, L.A., GARRISON, C.Z., WALLER, J.L., ADDY, C.L., MC KEOWN, R.E., JACKSON, K.L., CUFFE, S.P. (1996). Incidence of Obsessive-Compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents. *J. Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35 (7), 898-906.
- YÜCELEN, A., ARMAN, V., TOPÇUOĞLU, G. (2000) Çocuklar için Yale- Brown Obsesif Kompulsif Geçerlik ve Güvenilirlik Değerlendirmesi. *10. Ulusal Çocuk ve Ergen Kongresi*, Sarıgerme.
- ZOHAR, A.H. (1999). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Clinics* 8(3),445-60.