

# Edirne İli Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi

Ercan Abay<sup>1</sup>, Aykan Pulular<sup>2</sup>,  
Çağdaş Öykü Memiş<sup>3</sup>,  
Necdet Süt<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr., <sup>3</sup>Araş. Gör. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Edirne

<sup>2</sup>Uzm. Dr., İçgör Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Kars

<sup>4</sup>Doç Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD, Edirne

## ÖZET

Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi

**Amaç:** Edirne ili merkezindeki lise öğrencileri arasında obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) yaygınlığını araştırmak, OKB'nin sosyodemografik özelliklerini ve OKB belirtilerinin sıklığını saptamak.

**Yöntem:** Çalışma, Edirne ili merkezindeki liselerde eğitim görmekte olan I., 2. ve 3. sınıf öğrencileriyle yapıldı. Örneklem büyüklüğünü hesaplamada, toplumda OKB görülme yaygınlığı %3 olarak alındı ve il genelindeki 8037 öğrenciden, OKB yaygınlığını saptamak için, tolerans değeri %0.6 ve %95 güvenle 3107 öğrencinin seçilmesinin yeterli olduğu saptandı. Örneklem, il genelindeki liselerden cinsiyet ve öğrenci sayılarına göre yapılandırılarak tabakalı örnekleme yöntemiyle seçildi. İlk, katılımcının kendisinin dolduracağı sosyodemografik veri formu ve Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), ikincisi, görüşmeci aracılığıyla doldurulacak CIDI (Composite International Diagnostic Interview) OKB ölçeği ve CIDI'nin depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere toplam iki alt ölçeği de çalışmamıza dahil edildi. Biyoistatistik uzmanı yardımı ile yapılan çalışmada, normal dağılım kuramından hareketle MOKSL'den 25 ve üstü puan alan 117 öğrenci bir üst değerlendirilmeye alındı. Böylece, önceden OKB açısından değerlendirilmeyi hak eden öğrenciler belirlendi. Sonraki aşama olan CIDI ölçeği ile OKB'nin yanı sıra yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve majör depresyon (MD) eş tanıları da incelendi.

**Bulgular:** Toplam kırk kişiye OKB tanısı konmuş, OKB'nin nokta yaygınlığı %1.4 olarak bulunmuştur. Vakaların sosyodemografik özellikleri yönünden yapılan karşılaştırmada, vaka grubuyla, toplam 2856 öğrenciden MOKSL'den 25 ve üstü puan alan 117 kişi dışında kalan öğrencilerin eşit aralıklara bölünmesiyle elde edilen kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. En sık, bulaşma obsesyonu (%40) ve kontrol kompulsiyonu (%22.5) saptanmış, majör depresyon eş tanısı %47.5, yaygın anksiyete bozukluğu eş tanısı %5 oranında bulunmuştur.

**Sonuç:** Çalışmamızda sosyodemografik özellikler literatürden farklı bulunmuştur ve bulgular kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Ergenlik dönemi, diğer yaş dönemlerinden farklı özellikler taşıyan, hassas bir dönemdir. Bu nedenle, bu yaş grubuyla çalışmanın güçlükleri çalışmamızda da gözlemlenmiştir. Psikiyatrinin tüm toplumda, özellikle ergenlik döneminde daha iyi anlaşılması için daha fazla bilgilendirici çalışmanın yapılması gerektiği öne sürülebilir.

**Anahtar kelimeler:** Obsesif-kompulsif bozukluk, ergenlik, epidemiyoloji, fenomenoloji, eş tanı

## ABSTRACT

Epidemiology of obsessive compulsive disorder at high school students in Edirne city center

**Objective:** To investigate the prevalence of OCD among high school students in Edirne city center, to determine sociodemographic features of OCD, and to determine frequency of OCD symptoms.

**Methods:** The study was conducted with 9th, 10th, and 11th grade high school students in the Edirne city center. The frequency of OCD among the entire population was accepted on 3% in the calculation of sample size and 3107 students among 8037 province-wide students were enrolled to the study with a 0.6% tolerance and a 95% confidence level. The sample was selected from province-wide high schools using stratified sampling by weighing according to gender and the number of students. The sociodemographic data form and the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), which will be filled out by the participant, and the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and two subscales of the CIDI concerning major depression (MD) and generalized anxiety disorder (GAD), which were filled out by the interviewer, were used. In the study, conducted together with a biostatistician, 117 students who had a MOCI score of  $\geq 25$  were enrolled into the next stage of the assessment with respect to the normal distribution. Thus, the students who were eligible for assessment of OCD were also diagnostically-assessed in terms of co-morbid GAD and MD by the CIDI.

**Results:** A total of 40 students were diagnosed with OCD, and the point prevalence of OCD was found to be 1.4%. Sociodemographic features of the cases were not statistically significantly different compared to the control group included students selected from the 2856 students, except 117 students who had a MOCI score of  $\geq 25$ , obtained after dividing into equal intervals. Contamination obsessions and control compulsions were most frequently encountered (40% and 22.5%, respectively), and the frequency of co-morbid MD and GAD were 47.5% and 5%, respectively.

**Conclusion:** In the present study, the sociodemographic features were different from the literature and the results were not statistically different compared to the control group. Puberty is a sensitive period that has different features from other age groups. Therefore, difficulties of working with such an age group were also observed in the present study. It is suggested that there is a need for more informative studies for a better understanding of psychiatric disorders in the population, particularly in adolescence.

**Key words:** Obsessive-compulsive disorder, adolescence, epidemiology, phenomenology, co-morbidity

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Prof. Dr. Ercan Abay, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, 22030 / Edirne - Türkiye

Telefon / Phone: +90-284-225-4928

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
abayercan@hotmail.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
18 Eylül 2010 / September 18, 2010

## GİRİŞ

OKB, obsesyon ve kompulsiyonlardan birinin ya da ikisinin de bulunduğu, nöropsikiyatrik ve kronik bir anksiyete bozukluğudur. Obsesyon (saplantı) strese neden olan, girici (intrüvizif) ve uygunsuz olarak yaşanan inatçı düşünce, fikir, hayal ve dürtülerdir. Kompulsiyon (zorlantı) ise, obsesyonlarla ilişkili anksiyetenin etkisini gidermek için tekrarlanan, hareketler, davranışlar veya fikirlerdir (1).

Uzun yıllar OKB, daha çok kliniklere tedavi için başvuran hastalarda incelenmiştir. Toplumda tanı konmamış, tedavi görmemiş kişilerdeki bozukluğun başlangıcı, belirtileri, doğal gidişi hakkında bilgi edinilememiştir (2). Bu amaçla, toplumun ruh sağlığını tanımak ve toplumsal bilinçliliği artırmak için, öncelikle ruhsal bozukluklarda yaygınlığın, risk gruplarının ve ruhsal bozukluklara neden olan etkenlerin epidemiyolojik çalışmalarla belirlenerek, uygun ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, gerçekçi yaygınlık araştırmaları için, en güvenilir yol alan çalışmalarıdır. Eskiden nadir görülen bir hastalık olarak bilinen OKB'nin, yapılan bu alan çalışmaları sayesinde toplumda sanıldığından daha yaygın olduğu belirlenmiştir (2).

Çocuk ve ergenler genellikle, OKB belirtilerinden duydukları utanç ve korku nedeniyle yakınmalarını yıllarca saklama eğilimindedir. Çok az çocuğun profesyonel bir tedavi gördüğü, çoğunun tedavisiz yaşadığı görülmektedir (3).

Epidemiyolojik çalışmalarda, ülkelere göre değişik sonuçlar elde edilmiş olup, veriler %1-4 arasında değişmektedir (2). Örneğin, ABD'de epidemiyolojik alan araştırması (Epidemiologic Catchment Area, ECA) çalışmalarında erişkinlerde yaşam boyu yaygınlığı %2.5 olarak bulunmuştur (4-7). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, bir yıllık yaygınlığı %1.5 ve yaşam boyu yaygınlığı %3 olarak bildirilmiştir (8). Genel olarak, OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2-3 olarak kabul edilmektedir (9-11).

Çocukluk ve ergenlik döneminde bu oran, sırasıyla %0.1-1.9 ve %4.1 olarak bulunmuştur (2,11-14). Beş bin lise öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, çocukların sadece %0.35'inin OKB ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur (15). Çocuklar ve ergenler genellikle belirtilerini

saklama eğilimindedir. Bu nedenle ailelerden alınan bilgiler gerçek OKB tanısını ve şiddetini anlamada yetersiz kalmaktadır (13). Erişkin OKB vakalarının 1/3-1/2 kadarının çocukluk ve ergenlik çağında başladığı düşünülmektedir.

Çocukluk OKB vakalarının %70'inde en az bir komorbid bozukluk olduğu düşünülmektedir (13).

Sosyoekonomik düzeyle ilgili yapılan araştırmalar da çelişkiler barındırmaktadır. Bazı araştırmalar OKB'li hastaların üst sosyoekonomik sınıftan olduğunu gösterirken, bazı araştırmalar sosyoekonomik sınıfla bir ilişkisinin olduğunu gösterememiştir (2,16).

Bu çalışma ile Edirne il merkezindeki lise öğrencileri arasında OKB sıklığını araştırmak, OKB'nin sosyodemografik özelliklerini ve OKB belirtilerinin sıklığını saptamak amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın evreni ve örneklem seçimi

Araştırma evreni, Edirne il merkezindeki liselerde 2006-2007 öğretim yılında öğretim görmekte olan lise 1., 2. ve 3. sınıf öğrencileriydi. Örneklem büyüklüğünü hesaplamada, toplumda OKB görülme yaygınlığı %3 olarak alındı (9,10). İl genelindeki 8037 öğrenciden, OKB sıklığını saptamak için, tolerans değeri %0.6 ve %95 güvenle 3107 öğrencinin seçilmesi hedeflendi. Örneklem, il genelindeki liselerden cinsiyet ve öğrenci sayılarına göre yapılandırılarak tabakalı örnekleme yöntemiyle seçildi.

İlki, katılımcının kendisinin dolduracağı sosyodemografik veri formu ve Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), ikincisi, görüşmeci aracılığıyla doldurulacak CIDI (Composite International Diagnostic Interview) OKB ölçeği ve CIDI'nin depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere toplam iki alt ölçeği çalışmamızda kullanıldı.

MOKSL'nin ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olmasına karşın, kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu nedenle, istatistik danışmanı ile yapılan çalışmada, normal dağılım kuramından hareketle, MOKSL ile anormal durumu saptamak için bir kesme puanı hesaplandı. Sonuçta, bu puan 25 olarak belirlen-

di. Böylece 25 ve üstü puan alan öğrenciler bir sonraki aşama olan CIDI görüşmesine alındı. Böylece OKB'nin yanı sıra yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve majör depresyon (MD) eş tanıları da tanısal açıdan incelendi.

### Verilerin toplanması

Edirne İli Milli Eğitim Müdürlüğü'nden, il merkezinde bulunan 18 lisedeki toplam öğrenci sayısı, kaç derslik olduğu ve her derslikte kaç erkek ve kız öğrenci olduğu öğrenildi. Bulunamayacak öğrenciler de hesaba katılarak 3300 öğrenci hedeflenmesine rağmen, toplam 2861 öğrenci formu doldurdu. İstatistiksel olarak hesaplanan MOKSL'den 25 ve üstü puan alan 117 öğrenci bir üst değerlendirmeye alındı. Bu kez isimleri ölçek sonuçlarına göre belirlenmiş öğrenciler çağrıldı ve CIDI uygulandı. Birinci ve ikinci aşama için veri toplama Nisan-Haziran 2007 tarihleri arasında yapıldı.

### Veri toplama araçları

Araştırmada, obsesif-kompulsif belirtileri değerlendirmek için MOKSL ve OKB tanısı koyabilmek için tanı ölçeği olarak, Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview, CIDI), 2.1'in OKB bölümü kullanıldı. Ayrıca, OKB ile sosyodemografik risk etkenleri arasındaki ilişkiyi saptamak için bizim hazırladığımız 'Sosyodemografik Bilgi Formu' kullanıldı.

**Sosyodemografik Bilgi Formu:** Araştırmaya alınan deneklerin sosyodemografik özelliklerini ve OKB için risk etkeni olabilecek durumları belirlemeye yönelik 21 sorudan oluşan bir formdur. Bu formla cinsiyet, doğum tarihi, kardeş sayısı, meslek, öğrenim durumu, gelir düzeyi ve ailede ruhsal hastalık olup olmadığı gibi özellikler sorgulanmıştır.

**Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi (MOKSL):** Sağlıklı kişiler ve psikiyatrik hasta gruplarında obsesif-kompulsif belirtilerin türünü ve yaygınlığını ölçmek amacıyla kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Yönergesi ölçeğin giriş bölümünde vardır ve denekler doldururken kendilerine uyan doğru/yanlış yanıtını işaretler. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Ölçek, dokuz yaş ve

üstü çocuklara uygulanmaktadır. Bizim çalışmamızda bu ölçek, sadece obsesif-kompulsif belirtileri olan ergenleri belirleyebilmek amacıyla kullanılmıştır.

**CIDI:** CIDI, ICD-10 ve DSM-IV'teki tanım ve ölçütlere uygun olarak değerlendirilen kapsamlı, tam anlamıyla yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. CIDI çeşitli kültür ve ortamlarda kullanılmak için geliştirilmiştir. Temel kullanım amacı ruhsal bozuklukların epidemiyolojisiyle ilgili araştırmalardır. CIDI tümüyle yapılandırılmış bir görüşme olduğu için, görüşmecinin psikiyatr olması zorunlu değildir, ancak anketörlerin eğitimden geçmesi kullanım için gereklidir. Bilgisayarla uygulanan biçimi de vardır. CIDI 2.1, 17 ana tanı alanı içermektedir.

### Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi

Beş öğrencinin verileri geçersiz olduğu için, toplam 2856 öğrenciden veri elde edildi. 'SPSS for Windows 15.5' programına sosyodemografik veri formu ile MOKSL sonuçları yüklendi. İkinci aşamada çalışmamızın amacı, OKB vakalarını bulmak ve sosyodemografik özelliklerini karşılaştırmaktı. Buna göre, bilgisayar programı 25 ve üstü puan alan 117 öğrenciyi belirledi. Çalışmanın ikinci aşaması, bu 117 öğrencinin 114'ü ile yapıldı. Bir öğrenci görüşmeyi kabul etmedi, 2 öğrenci ise okulu bırakmıştı. Bu aşamada, CIDI eğitimi almış bir psikiyatr tarafından öğrencilerle bire bir görüşülerek CIDI uygulandı. Buradan elde edilen sonuçlar DSM-IV-TR ve ICD-10 ölçütlerine göre değerlendirildi ve 40 öğrencide OKB bulundu. İkinci aşamanın verileri de SPSS for Windows 15.0 programına aktararak dağılımlar değerlendirildi. OKB vakaları ve kontrol grubu arasındaki farkı değerlendirmek için sayım değerleri olan verilerin değerlendirilmesinde Pearson ki-kare analizi, gerekli durumlarda Fisher's Exact test; ölçüm değerleri olan verilerin değerlendirilmesinde Student t testi kullanıldı ve  $p < 0.05$  değeri anlamlılık sınırı olarak alındı.

### BULGULAR

Çalışmamızda 114 öğrenciden 40'ına CIDI ile OKB tanısı kondu. OKB'nin nokta yaygınlığı %1.4 olarak tespit edildi. OKB tanısı alan katılımcıların yaş ortalaması  $16.70 \pm 1.04$  idi ve katılımcıların 27'si (%67.5) kız,

**Tablo 1: Sosyodemografik özellikler**

Sosyodemografik Bilgi	OKB Grubu (n=40)	Kontrol Grubu (n=51)	İstatistik Test	p
	n (%)	n (%)		
Cinsiyet			$\chi^2=3.12$	0.077
Kız	27 (%67.5)	25 (%49)		
Erkek	13 (%32.5)	26 (%51)		
Anne Eğitimi			$\chi^2=0.70$	0.152
Okur-yazar değil/ilkokul	30 (%75)	31 (%60.8)		
Lise/üniversite	10 (%25)	20 (%39.2)		
Annenin işi			$\chi^2=0.02$	0.864
Çalışıyor	5 (%12.5)	7 (%13.7)		
Ev hanımı/emekli	35 (%87.5)	44 (%86.3)		
Baba eğitimi			$\chi^2=0.97$	0.323
Okur-yazar değil/ilkokul	23 (%57.5)	24 (%47.1)		
Lise/üniversite	17 (%42.5)	27 (%52.9)		
Babanın işi			$\chi^2=0.49$	0.482
Çalışıyor	33 (%82.5)	39 (%76.5)		
Ev hanımı/emekli	7 (%17.5)	12 (%23.5)		
Gelir			$\chi^2=0.02$	1.000
1829 TL ve altı	27 (%67.5)	30 (%58.8)		
1830 TL ve üstü	4 (%10)	5 (%9.8)		
Okul başarısı			$\chi^2=0.97$	0.324
Pekiyi-iyi	26 (%65)	38 (%74.5)		
Orta-kötü	14 (%35)	13 (%25.5)		
Değerlendirmeye alınanlarda ruhsal bozukluk*			-	0.164
Var	4 (%10)	1(%2)		
Yok	36 (%90)	49(%96.1)		
Ruhsal bozukluk nedeniyle tedavi*			-	
Var	3 (%7.5)	2 (%3.9)		
Yok	37 (%92.5)	49 (%96.1)		
	<b>Ortalama±S.S.</b>	<b>Ortalama±S.S.</b>		
Yaş ortalaması	16.70±1.04	16.41±1.03	t=1.32	0.187
MOKSL toplam puanı ortalaması	26.50±1.65	12.89±5.72	t=14.56	<0.001

MOKSL: Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi,  $\chi^2$ : Ki kare test, t: Student t test, \*: Fischer's Exact test**Tablo 2: Obsesyon ve kompulsiyonların içeriklerine göre vaka sayıları ve oranları**

	Obsesyon/kompulsiyon içeriği	OKB grubu
Obsesyonlar	Bulaşma	16 (%40)
	Kuşku	9 (%22.5)
	Simetri	1 (%2.5)
	Kombine	8 (%20)
	Obsesyon yok	6 (%15)
Kompulsiyonlar	Yıkama	4 (%10)
	Kontrol	9 (%22.5)
	Sayma-simetri	2 (%5)
	Kombine	25 (%62.5)

13'ü (%32.5) erkekten oluşmaktaydı. Kontrol grubu, ilk aşamanın uygulandığı 2856 kişiden, ikinci aşamaya seçilen 117 kişi dışında kalan 2739 kişinin eşit aralıklara bölünmesiyle elde edilen sayılara denk gelen 25 kız ve 26 erkek toplam 51 öğrenciden oluşmaktaydı.

Hem obsesif-kompulsif grupta hem de kontrol grubunda anneler, çoğunlukla ilkokul mezunu ve emekli ya

**Tablo 3: Kombine obsesyonların vakalar içindeki sayısı ve oranları**

Kombine obsesyon çeşitleri	Kişi sayısı (%)
Bulaşma-kuşku	5 (%62.5)
Bulaşma-simetri	1 (%12.5)
Bulaşma-kuşku-simetri	1 (%12.5)
Bulaşma-dinsel	1 (%12.5)
Toplam	8 (%100)

da ev kadını idi. Baba eğitim düzeyi anne eğitim düzeyine benzerdi ve ilkokul mezunu çoğunlukta idi. Hem obsesif-kompulsif grupta hem de kontrol grubunda babaların çoğu çalışıyordu.

Obsesif-kompulsif grupta, iki kişinin ailesinde ruhsal bozukluk varken, 38 kişinin ailesinde ruhsal bozukluk yoktu. Kontrol grubundaki kişilerin hiçbirinin ailesinde ruhsal bozukluk yoktu.

Gelir düzeyi, Nisan 2006'da dört kişilik ailenin temel gereksinimlerini kapsayan ve yoksulluk sınırı olarak

**Tablo 4: Kombine kompulsiyonların vakalar içindeki sayıları ve oranları**

Kombine kompulsiyon çeşitleri	Kişi sayısı (%)
Yıkama-kontrol	9 (%36)
Yıkama-simetri	1 (%4)
Kontrol-sayma	10 (%40)
Yıkama-sayma	1 (%4)
Sayma-simetri/düzen	4 (%16)
Toplam	25 (%100)

gösterilen 1829 YTL değeri baz alınarak, bu değerin üstü görece iyi, bu değerin altı görece düşük gelir düzeyi olarak kabul edildi.

Okul başarısı gruplar arası değişkenlik gösterse de, benzer şekilde, tüm gruplarda başarı düzeyi pekiyi-iyi arasındaydı.

OKB grubunun MOKSL toplam puanlarının ortalaması  $26.50 \pm 1.65$  iken, kontrol grubunun puan ortalaması  $12.89 \pm 5.72$  idi. Grupların ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $p < 0.001$ ) (Tablo 1).

OKB grubunda tek başına en sık rastlanan obsesyon bulaşma iken, kombine obsesyonu olan olguların tamamında bulaşma obsesyonu vardı. İkinci en sık saptanan obsesyon, kuşku ve simetriydi (Tablo 2 ve Tablo 3).

Tek başına en sık saptanan kompulsiyon ise kontrol kompulsiyonuydu. Tek başına yıkama kompulsiyonu ikinci sıklıkta saptandı. Kombine kompulsiyonlardan en sık kontrol kompulsiyonu görülürken, yıkama kompulsiyonu ikinci sırada yer almaktaydı (Tablo 2 ve Tablo 4).

Sosyodemografik veri formunda 3 öğrenci psikiyatrik tedavi aldığını kabul etmişti. Fakat karşılıklı görüşme sonucu, OKB grubunda 8 kişinin (%20) psikiyatrik tedavi gördüğü, 32 (%80) kişinin tedavi görmediği anlaşıldı. OKB grubunda MD ve YAB eş tanısına bakıldı. MD birlikteliği 19 (%47.5) kişide gözlenirken, iki kişide (%5) YAB ve OKB eş tanısı saptandı. Kalan 19 OKB'li öğrencide eş tanı bulunamadı.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda bulunan 40 OKB vakası, ilk aşamada elde edilen grubun %1.4'ünü oluşturmaktadır. Literatürde, çocuk ve ergenlerde OKB'nin nokta yaygınlığı %0.2-4, yaşam boyu yaygınlığı %0.7-13.8 olarak bildirilmektedir (3,17-21). ECA çalışmalarında erişkinler için, aylık yaygınlık %1.3, yaşam boyu yaygınlık %2-3 ara-

sında verilmektedir (22,23). Yaygınlığı daha düşük oranlarda bulan çalışmalar olsa da, çalışmamız sonuçlarının görece düşük olmasının çeşitli nedenleri olabilir (3,24). Örneğin, ikinci aşamada yapılan bire bir görüşmelerde öğrencilerin oldukça tedirgin, psikiyatrik incelemeye tabi olmaktan dolayı kaygılı olmaları nedeniyle verdikleri yanıtlarda belirtilerini gizleme eğiliminde oldukları gözlenmiştir. Çalışmanın ardından yardım için verilen randevulara vakaların hiçbirinin başvuruda bulunmaması da bu düşüncüyü desteklemiştir. Çocuk ve ergenlerin, genellikle gülünç olma endişesiyle OKB belirtilerini yıllarca sakladıkları ve başvurduklarında, belirtilerini gizledikleri için depresyon ya da anksiyete bozukluğu tanıları konduğu bilinmektedir (25). Öte yandan, OKB başlangıç yaşının erkeklerde ortalama 19, kızlarda 22 yaşlarında yoğunlaştığı anımsanacak olursa, çalışmamızda 16 olan yaş ortalaması, ortalama başlangıç yaşının altında kalmaktadır. Bu da, oranın düşük olmasının olası bir diğer nedeni olarak gösterilebilir.

Çalışmamızda, OKB vakalarının yaş ortalaması  $16.70 \pm 1.04$  olup, grup 27 (%67.5) kız, 13 (%32.5) erkekte oluşmaktadır. Çalışmada kız/erkek oranı ortalama 2 bulundu. Obsesif-kompulsif bozukluk, genel olarak, çocukluk ve ergenlik öncesi dönemde erkeklerde daha sık görülme eğiliminde olmakla beraber, erişkin dönemde erkek/kız oranının eşit olduğu veya kızlarda hafifçe fazla olabileceği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (2,5,26-29). Çalışmamıza benzer olarak, OKB tanısını kız ergenlerde daha fazla bulan çalışmalar vardır (24,30).

Çalışmamızda annelerin çoğu ilköğretim mezunu ve ev kadınıydı. Babaların çoğu çalışıyor ve ilköğretim mezunu idi; ancak gruplar arasında anne babaların sosyodemografik özellikleri açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi. Buna göre, anne-baba eğitimi ya da çalışma durumunun çocuklarda OKB gelişmesinde etkisinin olmayabileceği düşünüldü. Bu konudaki araştırmalar, ailenin eğitimi ya da anne-babanın çalışmasının OKB üzerine etkisini gösterememiştir (24,29,31).

Ailenin gelir düzeyi ile OKB'nin bağlantılı olabileceğini savunan çok az sayıda çalışma vardır (3,32). Eski yayınlar OKB'nin orta-yüksek sosyoekonomik sınıfta yoğunlaştığını gösterse de, ECA çalışmaları düşük gelir düzeyinin çoğunlukta olduğunu savunmuştur (2,22,33). Çalışmamızda OKB grubunun büyük çoğunluğunun

aylık gelir düzeyi, yoksulluk sınırı olarak gösterilen 1829 TL ve altında saptandı. Bu veriye göre, OKB grubunun büyük çoğunluğunun düşük gelir düzeyinden olmasına karşın, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bir başka deyişle, gelir düzeyi ile OKB arasında bağlantı gösterilememiştir.

OKB öğrencilerinin okul başarısı yaklaşık 2/3 oranında pekiyi-iyi olarak bulunmuş, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda öğrencilerin ders başarısını sorgulayarak, okul işlevselliğini ve bilişsel işlevleri değerlendirmeyi amaçlamıştık. Bu konuda literatürdeki çalışma sonuçları çelişkilidir. Kimi çalışma OKB'li hastalarda yüksek zeka düzeyi bulunduğunu savunurken, kimi de tam tersine, düşük zeka düzeyini göstermiştir (26,33,34).

OKB grubunda 'ruhsal hastalığınız var mı?' sorusuna sadece dört kişi evet yanıtı vermiş, üç kişi de tedavi gördüğünü belirtmiştir. Bu soruyla amaçlanan, ergenlerin var olan bozukluğunun ne kadar farkında oldukları ya da kabul ettiklerini araştırmaktı. Nitekim Tablo 1'deki tedavi verileri incelendiğinde, öğrencilerin nedenli yanıtıcı yanıt verdikleri görülebilir. İlk aşamada uygulanan sosyodemografik veri tablosunda sadece üç öğrenci psikiyatrik bir tedavi gördüğünü kabul ederken, ikinci aşama verilerinde sekiz kişinin tedavi gördüğü görülebilir. Ayrıca, vakaların hiçbiri OKB tanısından ya da belirtilerinden söz etmemiş, hepsi yakınmalarını depresyon olarak tanımlamıştır. Burada iki olasılıktan söz edilebilir. Birincisi, OKB belirtilerinin bir bozukluk olduğu fark edilmemiş olunabileceği gibi, bu konu hakkında yeterli bilginin bulunmaması da mümkündür. İkinci olasılık ise, tüm dünyada yapılan araştırmalarda gözlenen belirti saklama, bir nedenle utanma ve gülünç duruma düşme kaygısı olabilir. Bizim çalışmamızda, ikinci neden daha olası görünmektedir. Bu nedenlerle, OKB hastalarına genelde depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi yanlış tanımlar konmaktadır (25).

İlk aşama değerlendirmesinde OKB grubunun MOKSL toplam puanı  $26.50 \pm 1.65$  olup, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan tek değer özelliği taşımaktadır. Bu sonuç beklenen bir sonuç olsa da, ilk aşamada uygulanan MOKSL'den yüksek puan alan 114 öğrencinin sadece 40'nın OKB

tanısı almasının nedeni tartışılabilir. Rachman'ın (35,36) çalışmalarında söz ettiği gibi, normal sağlıklı toplumun büyük çoğunluğunda obsesif düşünceler olması, ancak bunların OKB tanısını karşılayacak düzeyde işlevselliği bozan 'anormal obsesyon' olmaması, bizim vakalarımız için bir neden olarak gösterilebilir. Öte yandan, birkaç çalışmada çocuk ve ergende görülen OKB belirtilerinin geçici olduğu ve sıklıkla kaybolmasının beklendiği, bu belirtilerin gelişim aşamalarında görülebilecek belirtiler olduğu belirtilmektedir (17,37).

Çalışmamızın ikinci aşamasından elde edilen obsesyon ve kompulsiyonlar değerlendirildiğinde, literatürle uyumlu olarak, tek başına en sık görülen obsesyonun bulaşma obsesyonu olduğu bulundu. Vakaların 8'inde kombine obsesyonlar vardı ve hepsinin içeriğinde bulaşma obsesyonu bulundu. Tek başına olan kompulsiyonlar arasında en sık kontrol kompulsiyonunun bulunması literatürle uyumluydu. Kombine kompulsiyonlar arasında da en sık kontrol ve sayma kompulsiyonu bulunmaktaydı. Ülkemizde erişkin grupla yapılan çalışmada, kirlilik obsesyonu ve yıkama kompulsiyonu en sık rastlanılan belirtilerdir (38). Çalışmalar, çocuk ve ergenlerdeki obsesyon ve kompulsiyonların erişkinlerdekine benzer olduğunu, yıkama ve kontrolün en sık görüldüğünü, ayrıca sayma, uğurlu ve uğursuz rakamlar gibi obsesyonların daha sık olduğunu göstermektedir (12,39).

Vakalarda YAB ve MD eş tanılarına bakılmış ve en sık MD eş tanısına rastlanmıştır. Öte yandan, YAB eş tanısı görece düşük sıklıkta bulunmuştur. Obsesif-kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları arasında en fazla eş tanı bulduran bozukluk olarak kabul edilmektedir. En sık depresyon ve anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği bilinmektedir. Bazı çalışmalarda anksiyete bozuklukları eş tanısı, bazılarında ise MD eş tanısı en sık gösterilmiştir (2,3,20,23,26,29,33,40-44).

Çalışmamızda sosyodemografik özellikler, literatürden farklı bulunmuştur ve bulgular kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Ergenlik dönemi diğer yaş dönemlerinden farklı özellikler taşıyan hassas bir dönemdir. Bu nedenle, bu yaş grubuyla çalışmanın, belirtileri saklama eğilimi gibi güçlükleri çalışmamızda da gözlenmiştir. Psikiyatrinin, özellikle ergenlik döneminde olmak üzere, tüm toplumda daha

iyi anlaşılması için daha fazla bilgilendirici çalışmaların yapılması gerektiği öne sürülebilir. Çalışmamızın bazı sonuçları önceki OKB çalışmalarından farklıdır. Bunun nedeni, ergenlerin belirtilerini saklama eğiliminde olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızın sadece lise öğrencilerini kapsamaması nedeniyle yaş ortalamasının OKB ortalama başlangıç yaşından düşük olması bu farkın bir diğer nedeni olabilir. Bu konuda yapılacak yeni çalışmaların lise öğrencilerinin yanısıra daha ileri

yaş gruplarını da kapsamaması uygun olacaktır. Bu çalışma OKB'nin epidemiyolojik verilerine katkıda bulunmanın yanı sıra, toplumda psikiyatriye olan olumsuz bakış açısının hala sürdüğünü ve bunun ergenler üzerindeki etkisini göstermekte olabileceğini akla getirebilir. Sonuç olarak, toplumu psikiyatri hakkında daha fazla aydınlatmaya ve yaşamın en önemli ve hassas dönemi olan ergenlikle ilgili daha fazla çalışmaya gerek olduğu söylenebilir.

## KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. H. Aydın, A. Bozkurt (Çeviri Ed.) 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 2007, 2768-2479.
2. Samuels J, Nestadt G. Epidemiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. *Int Rev Psychiatry* 1997; 9:61-72.
3. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British Nationwide Survey of Child Mental Health. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15:178-84.
4. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1120-1126.
5. Hollander E. Anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder: In Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO (editors). *Textbook of Psychiatry*. Fifth ed. Virginia City: The American Psychiatric Publishing, 2008, 505-609.
6. Crino R, Slade T, Andrews G. The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2005; 162:876-882.
7. Davidson JRT. Treatment of anxiety disorder: In Schatzberg AF, Nemerof CB (editors). *Essential of Clinical Psychopharmacology*. Second ed., Virginia City: The American Psychiatric Publishing, 2006, 535-557.
8. Şahin AR. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, HYB, Ankara, 2007, 493-504.
9. Rubenstein CS, Pigott TA, L'Heureux F, Hill JL, Murphy DL. A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53:309-314.
10. Pallanti S. Transcultural observations of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165:169-170.
11. Jenike MA. An update on obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin* 2001; 65:4-25.
12. Rapoport JL. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. First ed., Washington, DC: American Psychiatric Press, 1989, 21-23.
13. Rapoport JL, Inoff-Germain G. Practitioner review: Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41:419-431.
14. Wewetzer C, Jans T, Miller B, Neudorfl A, Bucherl U, Renschmidt H, Warnke A, Herpertz-Dahlmann B. Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10:37-46.
15. 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 Psychiatr Scand* 1993; 87:456-462.
16. Parkin R. Obsessive-compulsive disorder in adults. *Int Rev Psychiatry* 1997; 9:73-82.
17. Thomsen PH, Mikkelsen HU. Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the demographic and diagnostic characteristics of 61 Danish patients. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83:262-266.
18. Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, Worthman CM. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:1129-1136.
19. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 1993; 102:133-144.
20. Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee ROB, Silva P. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1424-1431.
21. Steinhausen HC, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:262-271.
22. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990; 24 (Suppl.2):3-14.
23. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143:317-322.
24. Brynska A, Wolanczyk T. Epidemiology and phenomenology of obsessive-compulsive disorder in non-referred young adolescents: a Polish Perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14:319-327.

25. Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL. Childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15:767-775.
26. Geller DA, Biederman J, Jones J, Shapiro S, Schwartz S, Park KS. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A Review. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 5:260-273.
27. Grados M A, Labuda MC, Riddle MA, Walkup JT. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry* 1997; 9:83-98.
28. Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Lochner C, Niehaus DJH, Knowles JA, Moolman-Smook JC, Corfield VA, Stein DJ. Early-versus late-onset obsessive-compulsive disorder: Investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Res* 2004; 128:175-182.
29. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:19-27.
30. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:335-341.
31. Toro J, Cervera M, Osejo E, Salamero M. Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33:1025-1037.
32. McKeon P, Murray R. Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1987; 151:528-534.
33. Johnson BA. The Maudsley's obsessional children: phenomenology, classification, and associated neurobiological and co-morbid features. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1993; 2:192-204.
34. Fogel J. An epidemiological perspective of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Can Child Adolesc Psychiatry Rev* 2003; 12:33-36.
35. Rachman S. Obsessional ruminations. *Behav Res Ther* 1971; 9:229-235.
36. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16:233-248.
37. Leonard H, Goldberger EL, Rapoport JL, Cheslow DL, Swedo SE. Childhood rituals: Normal development or obsessive-compulsive symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:17-23.
38. Sayar K, Ugurad KI, Acar B. Obsessif-kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999; 9:142-147.
39. Shafraan R. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Psychol Psychiatry Review* 2001; 6:50-58.
40. Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs MO, Demonfaucon F, Barrot I, Bourdel MC, Olié JP, Loo H, Hantouche EG. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: Influence of age of onset. *J Affect Disord* 2004; 79:241-246.
41. Milanfranchi A, Marazziti D, Pfanner C, Presta S, Lenzi P, Ravagli S, Cassano GB. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder: Focus on depression. *Eur Psychiatry* 1995; 10:379-382.
42. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroglu FA, Stockman R. Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2000; 14:19-30.
43. Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2002; 43:204-209.
44. Torres AR, Prince MJ, B ebbington PE, Bhugra DB, Traolach S, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N. Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1978-1985.