

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA İÇGÖRÜ DÜZEYİ
İLE BİLİŞSEL FONKSİYONLARIN İLİŞKİSİ**

DR.YILMAZ SATAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2014

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA İÇGÖRÜ DÜZEYİ İLE
BİLİŞSEL FONKSİYONLARIN İLİŞKİSİ

DR.YILMAZ SATAN
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
YRD.DOÇ.DR.MİNE ŞAHİNGÖZ

KONYA, 2014

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak çalışmam ve uzmanlık eğitimim süresince her aşamada yardımını, desteğini ve zamanını esirgemeyen değerli hocam Y.Doç. Dr. Mine ŞAHİNGÖZ'E,

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmalarım boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, hoşgörü, sabır ve emeğini benden hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Rahim KUCUR'a, Sayın Prof. Dr. Nazmiye Kaya'ya, Sayın Prof. Dr. Ali Savaş Çilli'ye, Sayın Prof. Dr. Rüstem Aşkın'a, Sayın Doç. Dr. Faruk Uğuz'a, Sayın Doç.Dr.Adem AYDIN ve Sayın Doç.Dr.Mehmek AK'a,

Rotasyon eğitimim sırasında katkılarından dolayı Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı ve Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyesi değerli hocalarıma,

Çalışmamın nöropsikolojik testleri uygulama aşamasındaki katkılarından dolayı ve bana yol gösterdiği için sayın Psikolog Arzu ÇİÇEKÇİ'ye, verilerin istatistiksel değerlendirilmesindeki katkılarından ve desteğinden dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Y.Doç.Dr. Mehmet Uyar'a ve Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı'ndan Uzm. Sinan İYİSOY'a,

Asistanlık eğitimim boyunca her zaman desteklerini yanında hissettiğim sevgili asistan arkadaşlarıma, sağlık personeline ve tüm psikiyatri kliniği ekibine, ayrıca asistanlık eğitimi dönemlerinde birlikte çalışma imkanı bulduğum uzman arkadaşlarıma ve büyüklerime,

Çalışmama katılmayı kabul eden değerli hastalarım ve sağlıklı gönüllülere,

Hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli aileme, hassaten abim Muzaffer SATAN'a ve her zaman yanımda olduğunu hissettiğim biricik sevgili eşim Dr. Didem SATAN'a..

teşekkürler.

ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü Düzeyi İle Bilişsel Fonksiyonların İlişkisi, Dr. Yılmaz SATAN, Uzmanlık Tezi, KONYA, 2014

AMAÇ: Biz bu çalışmamızda obsesif kompulsif bozuklukta içgörü düzeyi ile bilişsel fonksiyonların ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Haziran 2013 ile Mart 2014 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran, çalışma kriterlerini karşılayan OKB tanılı 50 (içgörüsü iyi olan 27, içgörüsü az olan 23) hasta ve hastanede çalışan personellerin yakınlarından oluşan 25 sağlıklı kontrol nöropsikolojik test performansları açısından karşılaştırıldı. İçgörünün değerlendirilmesinde Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ) kullanıldı. Çalışmamızda bilişsel işlevlerden dikkat, bellek, görsel mekansal işlevler ve yürütücü işlevlerden yanıt inhibisyonu ve bozucu etkiye direnci değerlendirmek amacıyla Stroop Testi, İşaretleme Testi, WAIS-R Sayı Dizisi alt testleri Çizgi Yönünü Belirleme Testi ve İşitsel Sözel Öğrenme Testi (İSÖT) uygulanmıştır.

BULGULAR: OKB tanılı hastalar (içgörüsü iyi olan ve içgörüsü az olan) ve sağlıklı kontrol gruplarının yaş ortalamaları, cinsiyetleri, medeni durumu, eğitim düzeyi ve mesleki durumları açısından yapılan karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı. OKB'li hastaların kontrollere göre yürütücü işlevlerden cevap inhibisyonu ve enterferans etkisi ile bazı dikkat alanları dışında tüm alanlarda anlamlı derecede kötü performans sergilediği saptandı. İçgörüsü iyi olan, içgörüsü az olan hastalar ile sağlıklı kontrollere uygulanan nöropsikolojik testlerin sonuçlarının tümüne bakıldığında içgörü iyi olan hastaların dikkat, görsel mekansal işlevler ve sözel çalışma belleği alanlarında, içgörüsü az olan hastaların ise neredeyse tüm alanlarda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde kötü performans sergilediği saptandı . İçgörüsü iyi olan ve içgörüsü az olan hastaların nöropsikolojik test sonuçları karşılaştırıldığında ise uzun süreli bellek ve sözel öğrenme alanları dışında anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı.

SONUÇ: İçgörüsü az OKB hastalarının özgül bir nöropsikolojik profil sergilediğinin ortaya konması bu grubun biyolojik ve psikolojik özelliklerinin incelenmesinin ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinin önünü açacağından önemlidir. İçgörüsü az olan OKB'de nöropsikolojik performansta daha ağır bozulmalar bulunması bu grubun içgörü sorunu olmayan hastalardan farklı nörobiyolojik özellikler gösterdiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler : OKB, İçgörü, Bilişsel fonksiyonlar

SUMMARY

The Relationship between the Level of Insight and Cognitive Functions in Obsessive Compulsive Disorder, Dr. Yılmaz Satan, Medical Specialty Dissertation, KONYA, 2014

OBJECTIVE: The aim of this study is to evaluate the relationship between the level of insight and cognitive functions in obsessive compulsive disorder.

METHODS: A total of 50 patients who presented to Necmettin Erbakan University, Meram Medical School's Department of Psychiatry outpatient clinic between June 2013 and March 2014, diagnosed with OCD, and met the criteria of the study (27 patients with a high level of insight and 23 with a low level of insight) were compared with the control group comprising of 25 healthy individuals formed by the relatives of hospital staff with regards to neuropsychological test performances. Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS) was used for insight assessment. In our study the Stroop Test, Cancellation Test, WAIS-R Digit Span subtests, Line Orientation Test, and the Auditory Verbal Learning Test (AVLT) were used to evaluate cognitive functions like attention and memory, visual-spatial functions and executive functions like response inhibition and resistance to interference.

RESULTS: There was no statistically significant difference between the patients diagnosed with OCD (those with a high level of insight and those with a low level) and the healthy control group regarding mean age, sex, civil status, level of education, and professional status. It was found that the patients with OCD performed significantly worse than the control group in all the areas except for executive functions like response inhibition and interference affect and some of the attention areas. When all the results of the neuropsychological tests given to patients with a high level of insight, patients with a low level of insight, and to the healthy control group were evaluated, it was seen that while the patients with a high level of insight performed significantly worse in the attention, visual-spatial functions, and verbal working memory areas, those with a low level of insight performed significantly worse in almost all areas than the healthy control group. Further, when the neuropsychological test results of patients with a high level of insight and patients with a low level were compared, it was found out that there was no statistically significant difference between them except for long-term memory and verbal learning areas.

CONCLUSION: The fact that OCD patients with a low level of insight present a specific neuropsychological profile is important since it will pave the way to the evaluation of biological and psychological characteristics of this group and to the development of therapy strategies. Moreover, the fact that OCD patients with a low level of insight have more severe disorders in neuropsychological performance suggests that this group presents different neurobiological characteristics than patients with no problem of insight.

Keywords: OCD, Insight, Cognitive Functions

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Teşekkür.....	iii
Özet.....	iv
Summary.....	v
İçindekiler.....	vi
Tablolar.....	viii
Kısaltmalar ve Simgeler.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Tarihçe.....	3
2.2.Tanım.....	4
2.3. Epidemiyoloji.....	4
2.4.Etiyoloji.....	5
2.4.1.Genetik.....	5
2.4.2.Nörobiyolojik.....	6
Serotonin Hipotezi.....	6
Dopamin Hipotezi.....	6
Glutamat Hipotezi.....	7
2.4.3.Nöroanatomik Bulgular.....	7
2.4.4.İmmün Sistem Değişiklikleri.....	8
2.4.5.Nöroendokrin Bulgular.....	8
2.4.6.Psikoanalitik Yaklaşım.....	9
2.4.7. Obsesif kompulsif bozukluğun davranışçı modeli.....	9
2.4.8. Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel modelleri.....	9

2.5. Tanı ölçütleri.....	11
2.6. Klinik özellikler.....	13
2.7. Eş tanı.....	16
2.8. Klinik Seyir ve prognoz.....	17
2.9. Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü.....	18
2.10. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel İşlevler.....	20
2.10.1. Dikkat.....	21
2.10.2. Bellek.....	22
2.10.3. Görsel-mekansal işlevler.....	23
2.10.4. Yürütücü işlevler.....	23
2.10.5. Bilişsel işlevleri ölçen testler.....	25
3. 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Örneklem.....	27
3.2. Veri Toplama Araçları.....	28
A) Psikiyatrik Görüşme.....	28
B) Psikometrik değerlendirme.....	28
C) Nöropsikolojik Değerlendirme.....	30
3.3. Verilerin toplanması ve uygulama.....	33
3.3. İstatistiksel Değerlendirme.....	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ.....	54
KAYNAKLAR.....	55
EKLER.....	69

TABLÖLAR

Tablo 1: İçgörüsü iyi ve içgörüsü az olan OKB hastaları ile kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri.....	36
Tablo 2: OKB’li içgörüsü iyi ve içgörüsü az olan hastaların klinik özellikleri.....	37
Tablo 3: OKB’li hastalarda görülen obsesyon ve kompulsiyon tipleri.....	38
Tablo 4: OKB’li hastalarla sağlıklı kontrol grubunun nöropsikolojik test sonuçlarının değerlendirilmesi.....	39
Tablo 5: OKB içgörüsü iyi, OKB içgörüsü az ve sağlıklı kontrol grubunun nöropsikolojik test sonuçları.....	40
Tablo 6: İçgörüsü iyi, içgörüsü az olan OKB hastaları ile sağlıklı kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanan nöropsikolojik test sonuçlarının ikili gruplar arasında karşılaştırılması.....	42

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	American Pschiatric Association(Amerika Psikiyatri Birliği)
AVLT (İSÖT)	Auditory-Verbal Learning Test (İşitsel Sözel Öğrenme Testi)
ADÖ	Aşırı Değerlendirilmiş Düşünceler Ölçeği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BİDÖ	Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği
ÇYBT	Çizgi Yönünü Belirleme Testi
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition- Text Revision (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı- 4.Baskı – Metin Çevirisi)
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-5.Baskı)
ERP	Exposure and response prevention (Maruz kalma ve tepki engelleme)
HADÖ	Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
HDDÖ	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
ICD-10	Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guideline
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKSB	Obsesif Kompulsif Spektrum Bozukluğu
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (Eksen I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı)
ST	Stroop Testi
WAIS-R	Wechsler Adult Intelligent Scale-Revised (Wechsler yetişkinler zeka ölçeği- revize form)
WKET(WCST)	Wisconsin kart eşleme testi (Wisconsin Card Sorting Test)
WHO (DSÖ)	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YBOKÖ	Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB); yineleyici obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süreğen, kimi zaman da epizodik gidiş gösteren, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır. 1980’li yıllara kadar OKB’nin nadir rastlanan bir hastalık olduğu düşünülmüştür. Sonraki yıllarda, ABD’de yapılan alan tarama çalışmalarında, OKB’nin yaşam boyu yaygınlığı %2,5 olarak bulunmuştur (Robins ve ark. 1984, Karno ve ark. 1988). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında 10. sırada yer almaktadır (World Health Organization 1999). Çeşitli çalışmalarda, erişkin yaştaki OKB ’li hastalarda kadın ve erkeklerin eşit bir dağılım gösterdiği ya da kadınların sıklığının biraz daha yüksek olduğu (Rasmussen, Eisen 1992; Foa, Kozak ve ark. 1995; Weissman MM ve ark. 1994; Tükel R ve ark. 2004) bulunmuştur.

OKB’nin, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, Gilles de Tourette sendromu, Sydenham koresi gibi hastalıklarla ilişkisi uzun zamandan beri bilinmektedir (Cummins ve ark. 1992; Stein ve ark. 1993). Obsesif kompulsif bozukluğun, bazal ganglionlarda lezyonların görüldüğü bu hastalıklarla birlikte görülmesi, OKB’nin patofizyolojisini araştıran çalışmaların temel çıkış noktası olmuştur. Beyin görüntüleme çalışmaları ve nöropsikolojik bulgular obsesif kompulsif bozukluk gelişiminde çeşitli beyin bölgelerinin rolü olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmalarda obsesif kompulsif bozuklukta sıklıkla etkilendiği düşünülen beyin bölgeleri; orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, bazal gangliyonlar ve talamustur. Bu bölgelerin özellikle frontal-subkortikal döngülerle ilişkisine dikkat çekilmektedir. Frontal striatal sistemlerde özellikle yürütücü işlev bozukluğunun hakim olduğu bir etkilenenin obsesif kompulsif bozukluk gelişiminden sorumlu olabileceği iddia edilmektedir (Rauch ve ark. 1998, Saxena ve ark. 2000).

Obsesif kompulsif bozukluk, nöropsikolojik kusurlarla da ilişkili bulunmuştur (Purcell R ve ark. 1998). Bu durum obsesyonlara yol açan yapısal veya nörokimyasal anormalliklerle ilişkili olabileceği gibi OKB semptomlarına ikincil olarak gelişen düşünce bozukluklarından da kaynaklanıyor olabilir (Otto 1992). Bu açıdan nöropsikolojik yaklaşım OKB süreçlerine yol açan farklı beyin bölgelerinin potansiyel rolünü değerlendirmede kullanışlı bir araçtır. Nöropsikolojik çalışmalar, OKB hastalarında frontal lob işlevleri (yürütücü işlevler), görsel mekânsal işlevler ve bellek işlevlerindeki performansların birbirleriyle uyumsuz olarak kötüleşme gösterdiğini ortaya koymuştur (Martin A ve ark. 1993).

Psikiyatrik hastalıkların pek çoğunda olduğu gibi OKB’de de, tedavi cevabını ve prognozu etkileyen önemli faktörlerden biri, hastanın içgörüsüdür (Türksoy N ve ark. 2002). İçgörü, genel olarak hastalığının farkında olma şeklinde tanımlanır. OKB hastasının içgörüsü değerlendirilirken, o sıradaki epizodda çoğu zaman obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa, ‘içgörüsü az’ başlığı altında tanımlanmıştır (DSM-4 TR 2000). Çeşitli çalışmalarda, OKB hastaları arasında “içgörünün az olduğu OKB” oranı, % 15-36 olarak bildirilmiştir (Catapano F 2001, Marazziti D ve ark. 2002). OKB’de içgörü azlığının; OKB semptomlarının daha şiddetli olması, hastalığın daha erken yaşta başlaması , hastalık süresinin daha uzun olması, biriktirme obsesyon ve kompulsiyonlarının daha sık olması (Ravi Kishore V ve ark. 2004), ailede OKB öyküsünün daha fazla olması (Insel TR ve Akiskal HS 1986, Bellino S ve ark. 2004), somatik obsesyonların daha sık olması (Lochner C ve ark. 2005), kontrol kompulsiyonlarının daha sık olması (Matsunaga H ve ark. 2001) ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Catapano ve ark.’nın çalışması (2001) ile Türksoy ve ark.’nın (2002) çalışması zayıf içgörünün, obsesyon ve kompulsiyonlara daha az direnme ve daha kötü tedavi cevabı ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Yaptığımız araştırmada OKB ile bilişsel fonksiyonların ilişkisini değerlendiren birçok çalışma olmakla birlikte, OKB’de içgörü düzeyi ile bilişsel fonksiyonların ilişkisini değerlendiren sınırlı sayıda çalışmaya rastladık. Biz bu çalışmamızda obsesif kompulsif bozuklukta içgörü ile bilişsel fonksiyonların ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonlar insanlık tarihiyle yaşıttır. Kutsal kitaplarda İÖ 11. yüzyılın ikinci yarısında İsrail'in ilk kralı olan Saul'ün şeytandan gelen zararlı düşüncelere yakalandığı, damadı David'in arp çalmasıyla rahatladığından bahsedilmektedir. Bir din adamı tarafından yazılmış olan Malleus Maleficarum (Şeytanın Çekici) adlı kitapta orta çağda bir papazın herhangi bir kilisenin önünden geçerken ve dua ederken şeytanın etkisi ile sürekli dilini çıkardığından, kendini rahibi dinlemeye verdikçe şeytanın daha da fazla etkilediğinden söz eder (Zitterl, Lenz, Zapotoczky ve ark. 1990). Ondokuzuncu yüzyıla kadar obsesif kompulsif bozukluk bir hastalık olmaktan çok dini ve majik yorumlarla ele alınmıştır. Shakespeare, onyedinci yüzyılda Lady Macbeth karakteriyle obsesyon ve kompulsiyonları örneklendirmiştir.

Psikiyatrik açıdan ilk olarak Esquirol (1838) obsesyon ve kompulsiyonları melankoli belirtisi olarak tanımlamıştır. Obsesyon terimini ilk kez Morel (1866) kullanmıştır. Yirminci yüzyılda Pierre Janet, obsesyon ve kompulsiyonları 'psikasteni' başlığında toplayıp, kalıtsal yönü ve davranışçı tedavi yöntemlerinin tedavisindeki etkinliğine dikkat çekmiştir (Sadock 2003). Freud ise analitik yaklaşım ile fobik nevroz ve obsesif kompulsif nevrozu ayrı rahatsızlıklar olarak incelemiş ve bozukluğun psikodinamik temellerini ortaya koymuştur (Aslan, Ünal 1995).

Obsesif kompulsif bozukluk yüzyılı aşkın süredir iyi tanımlanan bir bozukluk olmasına rağmen, ayrı bir bozukluk olarak tanı sistemlerine girmesi oldukça geç olmuş ve ancak 1980 yılından sonra DSM sınıflaması içindeki yerini almıştır (Berksun OE, 2003).

DSM-III'ten DSM-IV-TR'ye doğru OKB'deki temel değişim kompulsiyonların kavramlaştırılmasıdır. DSM-III-R kompulsiyonları davranışlar olarak değerlendirirken DSM-IV-TR kompulsiyonların davranışlar veya obsesyonların anksiyeteyi provake eden doğasını azaltmak için tasarlanan zihinsel aktiviteler olarak tanımlamıştır (Sadock 2007).

Son olarak DSM-V'te ise OKB ile ilgili olarak bir takım düzenlemelere gidilmiştir. Bunlardan birincisi; DSM-IV'te OKB anksiyete bozukluklarının bir alt tipi olarak tanımlanırken, DSM-V'te, OKB ve ilişkili bozukluklar (Beden algı bozukluğu, Biriktiricilik bozukluğu, Saç yolma bozukluğu, Deri yolma bozukluğu, Maddenin/ilacın yol açtığı OKB ve ilişkili bozukluk vs.) ayrı bir tanımlama olarak yerini almıştır. İkincisi; DSM-IV'te OKB'un

linik özelliklerinden ‘obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etme’’ nin ifade edildiği (B) tanı kriteri yeni tanımlamada yer almamaktadır. Üçüncü olarak; OKB’de içgörü düzeyinin ifade edilmesi ile ilgili olarak yapılan değişikliktir. DSM-IV te ‘içgörsü az’ olan şekilde belirtilen alt tip, DSM-V te ‘içgörsü iyi ya da çok iyi’, ‘içgörsü kötü’, ‘içgörsü yok/sanrısız düzeyde’ şeklinde güncellenmiştir. Yapılan son düzenleme ise, DSM-IV te yer almayan ‘tikle ilişkili’ alt tipin DSM-V’te ilk kez tanımlanması şeklindeki değişiklik olmuştur (American Psychiatric Association 2013).

2.2.Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk, obsesyonların ve/veya kompulsiyonların tabloya egemen olduğu ruhsal bir bozukluktur. Obsesyonlar, istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir. Obsesyonların istenmeden gelmeleri ve uygunsuz bir niteliklerinin olması egodistonik olmalarını göstermektedir. Kompulsiyonlar ise, kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı kurallara uymaktan kendini alıkoyamadığı, tekrar tekrar görülen davranışlar veya zihinsel hareketlerdir (DSM-IV-TR, 2000).

2.3. Epidemiyoloji

OKB’nin sıklık ve yaygınlığını saptamak son derece güçtür. Zira kişi tarafından bir yakınma ve hastalık belirtisi olarak getirilmedikçe tanınması hemen hemen olanaksızdır. Hafif derecede belirtileri olan hastaların çoğu doktora başvurmaz, bir kısmının ise hastalığını gizlediği için, OKB’nin sıklığını ve yaygınlığını saptamak kolay olmamaktadır. 1980 öncesi yapılan retrospektif çalışmalarda psikiyatrik hasta grubunda OKB’nin çok nadir olduğu (% 0,88-4) saptanmıştır (Rasmussen, Eisen 1994). Bu nedenle OKB 1980’li yılların ortalarına kadar nadir görülen bir hastalık olarak kabul edilmiştir. Ancak ABD’deki (1984) “Ulusal Alan Tarama Çalışmaları”nda yaşam boyu yaygınlık % 1,9- 3,3 bulunmuştur (Karno, Golding, Sorenson ve ark. 1988). Dünya genelinde 7 ülkeden veri toplanan ve erişkinler üzerinde yapılmış olan Kanada epidemiyoloji çalışmasında; OKB’nin yıllık prevalansı % 1,4 ve hayat boyu prevalansı % 2,3 bulunmuştur (Weissman, Bland, Canino ve ark. 1994). Epidemiyolojik çalışmalarda yüksek yüzde, OKB’nin “gizli endemik” olarak adlandırılmasına yol açmıştır (Hollander 1997). Rasmussen ve Eissen’in (1990) yaptığı alan çalışmasında OKB; fobiler, madde kullanımı ve major depresif bozukluktan sonra en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk olarak bildirilmiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada OKB’nin yaşam boyu prevalansının % 1,9 ile 3,3 arasında olduğu tespit edilmiştir (Tükel ve ark. 2006). Türkiye’de yapılan

başka bir çalışmada ise bir yıllık prevalans oranı % 3 olarak bildirilmiştir (Çilli AS ve ark. 2004).

Obsesif kompulsif bozuklukta belirtiler tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte başlamaktadır. Olguların 2/3'ünün 25 yaşının altında, başlangıç yaşının ortalama 20 olduğu, 21 ve 35 yaş üzerinde başlangıcın % 15'ten az olduğu bildirilmiştir. OKB'nin çocukluk çağında da başlayabileceği, olguların yaklaşık 1/3'ünde belirtilerin ilk görüldüğü dönemin 5-15 yaş arası olduğu, belirtilerin ilk kez görülmesiyle psikiyatriste başvuru arasında uzunca bir süre (ortalama 7 yıl) geçebileceği belirtilmiştir. Klinik çalışmalar, sıklıkla erişkin popülasyonda cinsiyet farkı olmadığını göstermektedir. Bazı epidemiyolojik çalışmalarda ise kadınlarda biraz daha sık görüldüğü saptanmıştır. Çocuk ve ergenlerde yapılan araştırmalarda erkeklerde daha çok görülmektedir (Uğuz F ve ark. 2006; Tükel R 2000; Rasmussen, Eisen 1992). Epidemiyolojik ve klinik çalışmalardan elde edilen verilerde işsizlik, düşük ekonomik gelir OKB ile ilişkilendirilmiştir (Fontenelle, Mendlowicz, Marques ve ark. 2004; Karno, Golding, Sorenson ve ark. 1988). OKB'nin evli olan kişilerde daha az görüldüğü bildirilmiştir (Fontenelle, Mendlowicz, Marques ve ark. 2004). Türkiye'de yapılan bir çalışmada boşanmış, ayrılmış ya da dul kişilerde OKB görülme riski yaklaşık 4.2 kat daha fazladır (Çilli AS ve ark. 2004). Bazı çalışmalarda eğitim seviyesinin düşüklüğü ile OKB prevalansı arasında ilişki bulunmasına karşın, ilişki saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır (Karno M ve ark. 1988; Nestadt, Samuels, Romanoski ve ark. 1994; Mohammadi, Ghanizadeh, Rahgozar ve ark. 2004; Çilli AS ve ark. 2004). Bir çok vaka serisinde önemli oranda kadın hastada (% 13- % 36) OKB'nin, hamilelik ya da postpartum dönemde başladığı bildirilmiştir (Altshuler, Hendrick, Cohen 1998, Neziroğlu, Anemone, Yaryura-Tobias 1992).

2.4.Etiyoloji

OKB'nin etyolojisi; genetik, nörokimyasal, nöroanatomik, nöropsikolojik, nöroimmun nöroendokrin çalışmaların sonuçları üzerine kurulu nörobiyolojik etkenler ve psikoanalitik, bilişsel-davranışçı model gibi psikososyal etmenlerle açıklanmaya çalışılmıştır.

2.4.1.Genetik

İkiz, aile, ayrışım çözümlemesi araştırmaları ve moleküler genetik çalışmalar OKB'de genetik geçişin rolü olduğunu göstermektedir. 30 ikiz grubuyla yapılan bir çalışmada, monozigot ikizlerde yaklaşık (%90) dizigot ikizlere (% 47) göre yüksek oranda OKB konkordansı bulunmuştur (Carey ve Gottesman 1981). Andrew ve arkadaşları ise (1990) OKB için % 26 oranında genetik geçiş bildirmişlerdir. Bir çalışmada, obsesyonlar için % 33,

kompulsiyonlar için ise % 26 oranında genetik geçişin öngörüldüğü bildirilmiştir (Jonnal ve ark. 2000). Ayrışım çözümlemesi (segregation analysis) çalışmalarına toplu olarak bakıldığında OKB genetiğinin çok etkenli, çok genli bir kalıtım kalıbı ile daha iyi açıklanabileceği görülmektedir. Moleküler genetik çalışmalarda serotonin ve dopamin dizgelerinde rol oynayan, ayrıca monoaminlerin yıkımında rolü olan (COMT, MAOA) birçok aday gen ile ilişkilendirme çalışmaları yapılmıştır, ancak henüz yeterli bir sonuç alınamamıştır (Kim 2006).

2.4.2.Nörobiyolojik

Serotonin Hipotezi

OKB'de serotonin hipotezinin kökenleri ağırlıklı olarak farmakolojik tedavi çalışmalarından kaynaklanmaktadır. OKB tedavisinde serotonin geri alımı üzerine etkili olduğu bilinen klomipramin ile serotonerjik gerilim özelliği olmayan ilaçları karşılaştıran çalışmalarda klomipraminin etkinliğinin daha fazla olmasından yola çıkılarak OKB etyolojisinde serotonerjik mekanizmaların önemi üzerinde durulmuştur (Stahl 2000, Stein 2000). 5-HT1A, 5-HT1D ve 5-HT2C reseptörlerine yüksek afinitesi olan, bir serotonin agonisti meta-Chlorphenylpiperazin (m-CCP) ile yapılan serotonerjik zorlama çalışmalarında m-CCP ile OKB belirtilerinde alevlenme bildirilmektedir (Zohar ve ark 2004). 5-HT1D agonisti olan sumatriptanın uygulandığı çalışmalarda OKB belirtilerinde kötüleşme görülmüştür, bu da 5-HT1D reseptörlerinin OKB'deki rolünü destekleyen bir bulgu olarak bildirilmiştir (Koran ve ark 2001, Stern ve ark 1998). Toplam 43 çocuk ve ergen hastanın incelendiği bir başka çalışmada, BOS 5-HIAA düzeyi ile klomipramine yanıt arasında güçlü bir ilişki belirlenmiştir; 5-HIAA düzeyi yüksek olanlar tedaviye daha iyi yanıt vermişlerdir (Swedo ve ark. 1992).

Dopamin Hipotezi

OKB'de dopaminin rolüne ilişkin kanıtlar, ağırlıklı olarak hayvan çalışmalarından elde edilmiştir. Hayvan çalışmalarında amfetamin, bromokriptin, apomorfin ve L-Dopa gibi dopaminerjik ajanların yüksek dozlarda insanlardaki kompulsif davranışlara benzer stereotipik hareketleri tetiklediği gösterilmiştir. Dopamin taşıyıcı sisteminin mutasyonla azaltıldığı ve ekstrasellüler dopamin oranının % 70 artırıldığı farelerde gözlenen stereotipik davranışlar da OKB'de hiperdopaminerjik bir durumun varlığını göstermiştir (Berridge ve ark 2005). Bir çalışmada D2/D3 reseptör agonisti olan quinpirol, farelerde stereotipik davranışlar

oluşturmuş, ardından verilen klomipramin ile bu davranışların azaldığı gözlenmiştir (Eilam ve Scechtzman 2005). İnsanlarda ise amfetamin tipi uyarıcılar, OKB’dekine benzer şekilde amaçsız, karmaşık ve tekrarlayıcı hareketler ortaya çıkarabilmektedir. OKB’li hastalarda yapılan bir çalışmada, sağlıklı kontrollere göre talamik/hipotalamik ve striatal dopamin taşıyıcısında belirgin azalma tespit edilmiş, sitalopram tedavisi sonrasında ise dopamin taşıyıcısı düzeyinde % 40 oranında artış olduğu bildirilmiştir (Pogarell ve ark. 2005). Dopamin varsayımını destekleyen bir başka kanıt ise SSGI ile tedavi edilen olgulara dopamin reseptör blokerlerinin eklenmesiyle OKB belirtilerinde belli ölçüde azalma görülmesidir (Stahl 2000).

Glutamat Hipotezi

Son dönemde OKB etiyolojisinde prefrontal glutamat sisteminin rolü üzerinde de durulmaktadır. OKB’nin bu beyin bölgesindeki hiperglutamerjik bir durumla ilişkili olabileceği varsayımı üzerinde durulmaktadır (Stein 2000). OKB hastalarının çeşitli beyin bölgelerinde, manyetik rezonans spektroskopi (MRS) ile anormal glutamat ve glutamin ölçümleri bildirilmiştir (Rosenberg DR ve ark. 2001). OKB hastalarında striatumda görülen glutamat ve glutamin artışı, kortiko-striato-talamik-kortikal döngünün metabolik aşırı etkinliği ile uyumludur. OKB hastalarında aşırı glutamaterjik etkinlik olduğuna ilişkin en doğrudan kanıt, beyin omurilik sıvısında (BOS) glutamat düzeylerinin artmış bulunmasıyla elde edilmiştir (Chakrabarty K ve ark. 2005; Bhattacharyya S ve ark. 2009).

Genetik çalışmalarda da glutamaterjik nörotransmisyonla bağlantılı genler OKB genetik ilişkilendirme çalışmaları için aday genler olarak değerlendirilmektedir. N-Metil-D-Aspartat (NMDA) reseptör 2B alt birimi kodlayan bir gen olan GRIN 2B ve iyonotropik glutamat reseptör ailesi altbirimlerinde kainat reseptörlerinin 2 ve 3 alt birimlerini kodlayan GRIK-2 ve GRIK-3 genlerinin polimorfizmleri ile OKB arasında anlamlı ilişki olduğu iddia edilmiştir (Arnold PD ve ark. 2004, Sampaio AS ve ark. 2011).

2.4.3.Nöroanatomik Bulgular

Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ile yapılan ilk görüntüleme çalışmalarında OKB hastalarında kontrollere göre ventriküllerin beyin parankimine oranında artış bildirilmiştir. BT ve MRG araştırmalarında özellikle kaudat çekirdekte hacim değişiklikleri ve kaudat çekirdeklerin normal asimetrisinde kaybolma ortaya konmuştur (Behar ve ark 1984, Stein ve ark 1993). SPECT çalışmalarının çoğunda frontal bölgelerde ve talamusta kontrollere göre kanlanma artışı, bazal gangliyonlarda ise kanlanma

artışı ya da azalması ortaya konmuştur (Lacerda ve ark. 2003, Lucey ve ark. 1997). PET çalışmalarında ise OKB’de orbitofrontal bölge ve bazal gangliyonlarda kontrollere göre metabolizma artışı olduğu sonucuna varılmıştır (Sawle ve ark. 1991, Swedo ve ark 1989, Baxter ve ark. 1987).

2.4.4.İmmün Sistem Değişiklikleri

Çocukluk çağı başlangıçlı OKB ve romatizmal ateşin nörolojik bulgusu Sydenham Koresi arasındaki benzerlik ortak etiyopatogenezi düşündürmüştür. Nöropsikiyatrik belirtilerin görülmesi ile A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonunu takiben, antistreptokokal antikorların artması ve boğaz kültüründe üreme olması paralel seyretmektedir. Obsesyon ve kompulsiyonlar kore ile benzer yoğunlukta ve eş zamanlı artış göstermektedir. Kaudat nukleus, putamen ve globus pallidustaki nöronlarla etkileşen antinöral antikorların bulunması OKB’de nöroimmun işlev bozukluğu gösteren bir alt tipin (PANDAS: Streptokokal enfeksiyonlarla ilişkili pediatrik otoimmun nöropsikiyatrik bozukluklar) varlığını göstermektedir (Garvey ve ark. 1998, Swedo ve ark. 1998).

2.4.5.Nöroendokrin Bulgular

Çoğu OKB araştırmaları hormonal bozukluğun OKB'ye birincil değil ikincil olduğu yönüne odaklansa da olgu sunumları ve anekdotal deneyimler, hormonal bozuklukla OKB arasında etyolojik bir ilişki olabileceğine işaret etmektedir. OKB belirtileri sıklıkla ergenlik döneminde başlamakta ve bazı kadın hastalarda menstrüel dönemde şiddetlenmektedir. Bu ilişkiye işaret eden başka bir gözlem, postmenopozal dönemde hastalığa daha sıklıkla rastlanılmasıdır (Rasmussen ve Eisen 1992). Casas ve ark. (1986), OKB'si olan 5 hastada, güçlü bir antiandrojenik etkili ilaç olan Siproteron Asetat ile belirtilerde düzelme izlediklerini bildirmişlerdir. OKB hastalarında doğumun tetikleyici etken olarak etyolojideki yerini araştıran çalışmalar mevcuttur (Abramowitz JS ve ark. 2003; Barr LC ve ark. 1993). Çünkü östrojen ve progesteronun serotonerjik nörosalınımına etkisi olduğu bilinmektedir (Brandes M ve ark. 2004; Abramowitz JS ve ark. 2003). Akut başlangıçtan gonadal steroid hormonların dramatik olarak azalması ve buna bağlı olarak serotonerjik disfonksiyon oluşması sorumlu tutulmaktadır (Brandes M ve ark. 2004; Williams KE ve ark. 1997; Sichel DA 1993). Ayrıca Mc Dougle ve arkadaşları (1999) gebeliğin sonlanmasından hemen sonra ya da puerperium döneminde oksitosinin hızla yüksek düzeylere çıkmasının OKB’nin başlamasına veya alevlenmesine yol açabileceğine dikkati çekmişlerdir. Bu görüş gebe olmayan OKB hastalarında da patogeneizde oksitosinin rol oynayabileceğini düşündürmüştür (Brandes M ve

ark. 2004). Leckman ve arkadaşları tedavi edilmemiş OKB hastalarında hastalık şiddeti ile serebrospinal sıvı oksitosin düzeyleri arasında korelasyon bulmuşlardır (1994). Ayrıca bazı çalışmalarda Gonadotropin salgılatıcı hormon ve prolaktin gibi diğer reproduktif hormonlardaki değişikliklerin de etyopatogeneizde önemli olabileceği bildirilmiştir (Brandes M ve ark. 2004; Shear MK ve ark. 1995).

2.4.6. Psikoanalitik Yaklaşım

OKB ile ilişkili ilk psikoanalitik görüşler Freud tarafından geliştirilmiştir. Freud, obsesyonel nevroz olarak adlandırdığı bu hastalığı histeri ile birlikte nevrozların prototipi olarak kabul etmiştir. Freud, obsesif kompulsif hastanın ödipal dönemin çatışmaları ile baş edemediği, anksiyete duyduğu ve daha önceki psikoseksüel gelişim dönemi olan anal sadistik döneme gerilediğini bildirmiştir. Obsesif kişilikte anal döneme özgü kirlilik, karşıtlık, saldırganlık, inatçılık eğilimlerine karşı belli savunma düzeneklerinin yerleştiği görülür. Bunların en önemlileri karşıt tepki kurma, yalıtma, yer değiştirme, bastırma savunma düzenekleridir. Psikoanalitik açıdan obsesyon ve kompulsiyonların, bilinçdışı dürtülerin örtük ve çarpıtılmış ikameleri olduğu, üst benliğin (süperego) dürtülere karşı tehditlerini ya da üstbenlik ile dürtüler arasındaki çatışmayı ifade ettiği kabul edilir (Tükel ve Alkın 2006).

2.4.7. Obsesif kompulsif bozukluğun davranışçı modeli

Mowrer'in fobik korkunun oluşumunu açıklayan "iki basamaklı öğrenme kuramı" OKB'nin oluşumu ve devamını açıklamak için kullanılmıştır. Bu kurama göre klasik koşullanmayla öğrenilen korku, edimsel koşullanmayla artarak pekişir. Öğrenme ilkelerine göre obsesyonlar koşullanmış uyaranlardır ve anksiyete oluştururlar. Bu anksiyeteyi azaltmak için kaçma, kaçınma ve tekrarlama gibi stratejiler kullanılır ve anksiyete azaltılır. Böylece kırılması zor bir kısır döngü oluşur. Kişinin kullandığı stratejiler yaşam alanını daraltır, işlevselliğini bozar. Dolayısıyla bu görüş davranışçı terapi yaklaşımı olan alıştırma tedavisi (exposure) ve tepki engelleme (response prevention) gelişmesine neden olmuştur (Sungur 2006, Salzman, Thaler 1981).

2.4.8. Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel modelleri

Zorlayıcı (intruziv) düşünceler normal popülasyonda yaklaşık % 90 oranında bulunur (Rachman, De Silva 1978). İlk kez Salkovskis (1985) obsesyonların normal zorlayıcı düşüncelerle başladığını, normal zorlayıcı düşüncelerle obsesyonlar arasındaki farklılığın, onların oluşumu ve kontrol edilebilirliği olmadığını öne sürmüştür. Bilişsel modele göre bu

düşünceler aslında duygusal bir yanıt oluşturmazlar. Normal popülasyonla OKB'li bireylerin arasındaki fark, bu düşüncelere verilen anlamdır. Ancak bilişsel bir değerlendirme sonucu düşünceler duygusal bir yanıt oluşturur. Obsesif tablo kişinin oluşturabileceği olası bir zarardan veya onun önlenmesinden kendisini sorumlu tutmasıyla ortaya çıkar. Bu aşırı değerlendirilmiş sorumluluk duygusal olarak anksiyete oluştururken, bir yandan da sorumluluğu azaltmaya yönelik etkisizleştirme (kompulsiyon, kaçınma, sorumluluğu paylaşırma ya da geçiştirme, güvence arama, tam olarak emin olma mücadelesi) çabalarına yol açar. Artmış sorumluluk daha derinlerdeki ara inançlar (kurallar, tutumlar) ve şemalarla ilgilidir (Salkovskis 1985, Sungur 2006, Morrison, Westbrook 2004). Clark, sorumluluğun obsesyonların kalıcı olmasında önemli olduğunu ama tüm OKB alt tipleri için abartılı olabileceği yorumunu yapmıştır (2004). Sorumluluğun öneminin yanında algılanan tehditin abartılması, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik de vurgulanmıştır (Freeston, Ladouceur 1999).

Foa, Steketee ve Ozarow; 1980'li yıllardaki davranışçı tedavi sonuçlarını gözden geçirdiklerinde tedaviyi sonlandıranların yaklaşık yarısının semptomsuz olduğunu ya da belirgin iyileşme (semptom şiddetinde en az % 70 azalma), % 39'unda kısmen iyileşme (semptom şiddetinde % 31- % 69 azalma) sağladığını ve % 10'unda yararlı olmadığını (semptom şiddetinde % 30'dan az azalma) bildirmiştir (1995). Maruz kalma ve tepki engelleme (exposure and response prevention) özellikle yıkama ve daha az oranda kontrol etme ritüelleri için çok başarılıdır. Tedaviyi tamamlayan hastaların % 70-% 80'inde semptomların düzeldiği görülmüştür. Hastaların yaklaşık 20-30'unun tedaviyi reddettikleri ya da terk ettikleri (drop out) görülmüştür. Kısa dönem tedavi başarısı % 63, uzun dönem tedavi başarısı % 55 oranında saptanmıştır (Stanley, Turner 1995). Clark, maruz kalma ve tepki engelleme tedavisinin pür obsesyon, örtülü kompulsiyonlar ve istifleme gibi bazı alt tiplerde etkisinin az olması, tedaviye direnç, tedavi uyumunun ve tedavi motivasyonunun az olması, hatalı bilişler ve inançların ön plana çıkması ve hastaların yaklaşık 20-30'unun bu tedaviyi reddetmesi gibi nedenlerle bilişsel yönünün tedaviye eklenmesi gerektiğini belirtmiştir (1999).

Bilişsel terapilerle davranış terapilerini karşılaştıran çalışmalarda bilişsel terapilerin davranış terapilerine göre az olsa da daha etkili ve tedaviyi sürdürme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Abramowitz 1997, Abramowitz, Taylor, McKay 2005). Bir çalışmada bilişsel terapi ilaç tedavisine göre obsesyonel ve bilişsel ölçümlerde daha büyük değişimler göstermiştir (O'Connor, Aardema, Robillard ve ark. 2006).

2.5. Tanı ölçütleri

Obsesif kompulsif bozukluk, yapılandırılmış sınıflandırma sistemlerine ilk kez 1980’de yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-III) ile girmiştir (DSM-III). Daha sonra DSM-III-R’de “günlük yaşamı kesintiye uğratan en az bir saat süren obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması” olarak tanımlanmıştır (DSM-III-R). DSM-IV-TR’ de OKB aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3), (4) ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir.

2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

3. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

4. Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder

(Not: Bu çocuklar için geçerli değildir).

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde bir saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde Kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma, bir Parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç veya tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

İç görüsü az olan: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

Yakın zamanda yayınlanan DSM-V’te OKB ile ilgili olarak tanı ölçütlerinde bir takım düzenlemelere gidilmiştir. Bunlardan birincisi; DSM-IV’te OKB anksiyete bozukluklarının bir alt tipi olarak tanımlanırken, DSM-V’te, OKB ve ilişkili bozukluklar (Beden algı bozukluğu, Biriktiricilik bozukluğu, Saç yolma bozukluğu, Deri yolma bozukluğu, Maddenin/ilacın yol açtığı OKB ve ilişkili bozukluk vs.) ayrı bir tanımlama olarak yerini almıştır. İkincisi; DSM-IV’te OKB’un klinik özelliklerinden ‘obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etme’’ nin ifade edildiği (B) tanı kriteri yeni tanılamada yer almamaktadır. Üçüncü olarak; OKB’de içgörü düzeyinin ifade edilmesi ile ilgili olarak yapılan değişikliktir. DSM-IV te ‘içgörüsü az’ olan şekilde belirtilen alt tip, DSM-V te ‘içgörüsü iyi ya da çok iyi’, ‘içgörüsü kötü’, ‘içgörüsü yok/sanrısız düzeyde’ şeklinde güncellenmiştir. Yapılan son düzenleme ise, DSM-IV te yer almayan ‘tikle ilişkili’ alt tipin DSM-V’te ilk kez tanımlanması şeklindeki değişiklik olmuştur (American Psychiatric Association 2013).

Obsesif kompulsif bozukluk, Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) yayınladığı “Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Disease, ICD 10) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” sınıflandırmasında F-42 kodu ile yer almıştır. (ICD-10).

Kısaca, tanı koyabilmek için belirtilerin en az iki hafta süre ile bulunması, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olması gerekmektedir. ICD-10 tanı sistemine göre, obsesyonel belirtilerin aşağıdaki özelliklerinin de olması gerekir:

1. Bunlar kişilerin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanır. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Kişinin artık karşı koyamadığı başka düşünce ve hareketler de bulunabilir.

2. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır.

3. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

Obsesif kompulsif bozukluğun ICD-10'da başlıca beş tipi tanımlanmıştır:

F42.0: Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip

F42.1: Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip

F42.2: Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte bulunduğu tip

F42.8: Başka obsesif ve kompulsif bozukluklar

F42.9: OKB, belirlenmemiş

2.6. Klinik özellikler

Obsesyon, kişinin isteği dışında ısrarlı ve zorlayıcı bir şekilde aklına gelen, kişi tarafından saçma ve mantık dışı olarak görülen, anksiyete ortaya çıkartıcı ve yineleyici özellikteki düşünce, dürtü ya da düşlemler olarak tanımlanmıştır. Kişi, obsesyonlarını kendi zihninin bir ürünü olarak görür; bunların dışarıdan zihnine sokulmuş olduğunu düşünmez. Kompulsiyonlar ise; kişinin obsesyonlarına yanıt olarak ya da belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, yineleyici törensel davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. Obsesyona eşlik eden anksiyeteyi gidermek, korku yaratan bir durumu etkisizleştirmek ya da önlemek üzere yapılır. Ancak yapılan etkinlik, önlenmek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır. Kişi kompulsiyonları engellemeye çalıştığında yoğun bir anksiyete yaşar. Obsesyon ya da kompulsiyonlar kişi tarafından aşırı ve anlamsız olarak kabul edilir (Tükel R 2010).

OKB belirtileri, kimi yazarlar tarafından beş grup altında ele alınmaktadır: (1) Kompulsif temizleme/el yıkama ile birlikte olan bulaşma/hastalık konusundaki obsesyonlar; (2) Kontrol etme kompulsiyonlarıyla birlikte olan kuşku obsesyonları; (3) Simetri, düzen ve sayılarla ilgili obsesyon ve kompulsiyonlar; 4) Biriktirme/toplama kompulsiyonları; (5) Obsesyonel yavaşlık (Rasmussen ve Tsuang 1986; Rettew ve ark. 1992; Nestadt ve ark. 2002).

Yapılan çeşitli çalışmalarda, OKB belirtilerini gruplara ayırmak için faktör analizleri yapılmıştır. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği-Belirti Listesi ile elde edilen veriler

üzerine faktör analizinin yapıldığı bir çalışmada (Baer 1994), “simetri/biriktirme”, “bulaşma/temizleme” ve “saf obsesyonlar” faktörleri; bir diğer çalışmada (Leckman ve ark. 1997) “obsesyonlar ve kontrol etme”, “simetri ve düzenleme”, “temizlik ve yıkama” ve “biriktirme” faktörleri elde edilmiştir. Calamari ve arkadaşları (1999) ise, benzer desendeki bir çalışmada, “zarar verme”, “biriktirme”, “bulaşma”, “kesinlik” ve “obsesyonel olanlar” olarak 5 farklı grup tanımlamışlardır.

En sık görülen obsesyonlardan biri olan kirlenme/bulaşma obsesyonları hastaların yaklaşık % 50’sini etkiler. İkinci en sık görülen patolojik kuşkulardır ve % 40 oranında görülür. Diğer obsesyonların görülme oranları ise somatik % 30, simetri % 30, agresif % 30, cinsel % 25 ve dinsel obsesyonlar % 10 şeklindedir. Olguların %70’inde iki ya da daha fazla obsesyon tipi bir aradadır. Kompulsiyonlar ise kontrol etme % 60, yıkama % 50, sayma % 35, sorma-anlatma ya da dua etme % 35, simetri ve düzen %30, biriktirme % 20 oranlarında görülmektedir (Lensi P ve ark. 1996; Tezcan AE ve ark. 1998; Sayar K ve ark. 1999, Tükel R ve ark. 2002; Deniz F. 2005; Şahin ve Böke 2007).

Kirlenme/bulaşma obsesyonlarında, kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni vb. şeylerin bulaşabileceği endişesi yaşanır. Tuvalete gidildiğinde, el sıkışmayla ya da kapı tokmakları, para gibi nesnelere dokunmayla bulaşmanın olabileceği düşünülmektedir. Bu tür obsesyonları olan kişiler, her şeyi kirlenme kaynağı olarak görebilir; bulaşmayı önlemek için eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınabilirler. Kirlenme/bulaşma obsesyonlarına yanıt olarak ortaya çıkan kompulsiyonlar temizleme kompulsiyonlarıdır. Sık ve yineleyici tarzda el yıkamalar, bu tür kompulsiyonlarının en sık karşılaşılan şeklidir. Temizleme kompulsiyonları, temizlendiğine ikna olamadan uzun süreli banyo yapma, evi, eşyaları temizleme, çamaşır yıkama vb. şeklinde görülebilir (Tükel R 2010).

Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumu, kuşku obsesyonu olarak tanımlanır. Bu tür obsesyonu olan bir kişi, ütüyu prizden çekip çekmediğinden, kapıyı kilitleyip kilitlemediğinden emin olamaz. Bu obsesyon genellikle bir tehlike durumuna işaret ettiğinden, ardından güvenliği sağlamakla ilişkili kontrol etme kompulsiyonları gelir. Kontrol etme kompulsiyonlarına örnek olarak, hava gazı musluğunun kapalı olup olmadığının ya da ütünün prizde unutulup unutulmadığının yineleyici tarzda kontrol edilmesi verilebilir. Bu tür kompulsiyonlar evde yaşayanların hava gazından zehirlenmesi, evin havaya uçması ya da yangın çıkması gibi felaketleri önlemek amacıyla yapılmaktadır ve sıklıkla bunların ardında saldırganlık ve şiddet içerikli obsesif düşünceler yer almaktadır. Kontrol etme, bulaşmayla ilgili korkuları hafifletmeye yönelik olarak da yapılabilir (Tükel R 2010).

Simetri ve düzen obsesyonları, nesnelerin ve olayların belirli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunmasıyla ilişkili obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlara yanıt olarak, bir denge ve simetri sağlamak üzere eşyaları belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışma tarzındaki simetri/düzenleme kompulsiyonları ortaya çıkar.

Saldırganlık teması obsesyonların içeriğinde ya da bunların ardında yatan çağrışımlarda sıkça yer almaktadır. Saldırganlık obsesyonları olarak tanımlanan bu tür obsesyonlarda, kendine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama, çeşitli şekillerde zarar verme düşünceleri görülür. Bu kişiler bıçak, makas gibi sivri nesneleri bulundurmaktan, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan, ölüm haberleriyle karşılaşmamak için gazete okumak ya da televizyon seyretmekten kaçınabilirler (Tükel R 2010).

Obsesyonlar, utanç verici ve kabul edilemez olarak nitelenen cinsel temalarla ilişkili olabilir. Cinsel obsesyonlara örnek olarak eşcinsellik, ensest ilişkilerle ilgili düşünceler verilebilir (Tükel R 2010).

Günahla ilgili düşünceler ve benzeri dini temaların yer aldığı dinsel obsesyonlar, ülkemizde, Batı toplumlarından farklı olarak, sık görülen bir obsesyon tipidir (Tükel R 2010).

Bir diğer obsesyon tipi, hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanma şeklinde ortaya çıkan bedensel obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlar sıklıkla kanser, AIDS, zührevi hastalıklara vb. yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkar. Bu tür korkulara, hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrolü, onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar eşlik eder (Tükel R 2010).

Gerçek anlamda maddi ya da manevi değeri olmayan birçok şeyin saklanıp biriktirildiği, gereksinim duyulmadığı halde satın alındığı kompulsiyon tipi biriktirme kompulsiyonlarıdır. Bu tür kompulsiyonlarda, kullanım değeri olmayan çeşitli nesneleri, atmaya ya da elden çıkarmaya yönelik yoğun bir korku vardır. Biriktirme davranışı, kişinin evdeki yaşam alanını önemli ölçüde kısıtlayacak boyutlara ulaşabilir (Tükel R 2010).

Yineleme tüm kompulsiyonlarda görülen bir özellik olsa da, gündelik yaşama ilişkin bir davranışın tam olarak yapıldığından emin olunamayıp yapma-bozma tarzında sürekli yinelandığı durumlarda yineleme kompulsiyonlarından söz edilir. Elektrik düğmesini açıp kapama, kapıdan girip çıkma, yazdıktan sonra silip tekrar yazma, bu tür kompulsiyonlara örnek olarak verilebilir (Tükel R 2010).

Yineleyici tarzda dua etme, sayı sayma, belirli kelimeleri yineleme gibi düşünsel süreçler, zihinsel kompulsiyonlar olarak tanımlanır. DSM-IV alan çalışmasında, zihinsel kompulsiyonların, el yıkama ve kontrol etmeden sonra üçüncü sıklıktaki kompulsiyon tipi olduğu belirlenmiştir (Foa ve Kozak 1995).

Obsesyon ve kompulsiyonlar sıklıkla bir arada görülür. Kompulsiyonların eşlik etmediği “saf obsesyonlar”, daha sıklıkla saldırganlık, cinsellik ve beden temalarını içerir ve çok sık görülmez. Sadece obsesyonu olduğu düşünülen bir hastada, bir şeyi doğru yaptığının onayını almak üzere yineleyici tarzda soru sorma ya da yineleyici, törensel tarzda dua etme gibi kompulsiyonlar gözden kaçabilmektedir. “Saf kompulsiyonlar” ise nadiren görülür. Bu tür kompulsiyonlar, daha büyük bir olasılıkla çocukluk dönemindeki OKB’li hastalarda görülmektedir. DSM-IV alan çalışmasında, 411 OKB’li hastanın 91’inde “karma obsesyon ve kompulsiyonlar”, % 8.5’inde “ağırlıklı olarak obsesyonlar”, % 0.5’inde ise “saf kompulsiyonlar” saptanmıştır (Foa ve Kozak 1995).

Obsesif düşünceler ve törensel davranışlar, kişinin günlük etkinliklerini yerine getirirken yavaşlamasına neden olur. “Obsesyonel yavaşlık” olarak tanımlanan bu durum, bazen kişinin yaşantısını felç edecek bir aşırılıkta olabilmekte, sıradan işlerin bile tamamlanması saatler alabilmektedir.

Obsesif-kompulsif belirtilerin dağılımı cinsiyetler arasında bazı farklılıklar gösterir. Araştırma sonuçları bazı uyumsuzluklar içerse de, kadınların daha yüksek oranda bulaşma obsesyonları ve yıkama/temizleme kompulsiyonları; erkeklerin ise daha yüksek oranda cinsellik, agresyon, simetri obsesyonları ve tekrarlama, kontrol etme kompulsiyonları gösterdiği bildirilmiştir (Noshirvani ve ark. 1991, Lensi ve ark. 1996, Bogetto ve ark. 1999, Tükel ve ark. 2004).

2.7. Eş tanı

OKB’de eştanılı durumlarını araştıran çalışmaların sonuçları, OKB’ye en az % 50 oranında başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiğini ortaya koymuştur. Çeşitli çalışmalarda, OKB hastalarının % 40-60’ının yaşam boyu diğer bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı; OKB’ye en sık eşlik eden anksiyete bozukluklarının panik bozukluğu, özgül fobi, SAB ve YAB olduğu bildirilmiştir. OKB hastalarında en yüksek oranda görülen ek psikiyatrik bozukluğun major depresif bozukluk olduğu, epidemiyolojik ve klinik birçok çalışmanın ortak bulgusudur. Klinik örnekleme yapılan çalışmalarda, OKB hastalarında %30-45 oranlarında major depresif bozukluk görüldüğünü; OKB’ye majör depresyonun eşlik etmesinin, obsesif-kompulsif belirtilerin süregenliği, hastalık şiddeti, tedaviye kötü yanıt ve kötü prognoz ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Epizodik OKB hastalarında OKB’ye görece yüksek oranda iki uçlu bozukluk eşlik edebilmektedir. OKB’ye eşlik edebilen bir diğer bozukluk şizofrenidir. OKB ve şizofreni tanılarının birlikte konulduğu hastaların çoğunda, şizofreni başlangıcının OKB’den daha önce olduğu bildirilmiştir. Çocukluk OKB’si

olgularında Tourette bozukluğu görece yüksek oranda görülmektedir. OKB hastalarında, görece daha az sıklıkla görülen diğer eştanılı bozukluklar arasında yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, beden dismorfik bozukluğu, trikotilomani ve hipokondriyazis sayılabilir (Tükel R. 2009).

2.8. Klinik Seyir ve prognoz

Obsesif kompulsif bozukluk süregelen, inatçı bir hastalıktır. Zaman içinde belirtilerin şiddeti ve biçimi değişebilir. Bazı hastalarda dönemsel (epizodik) alevlenmeler görülebilir (Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V, 2004). Obsesif kompulsif bozukluk tipik olarak geç ergenlikte başlamakla birlikte çocukluk çağına başlaması da hiç de seyrek değildir. Hastalık işlevselliğin iyi olduğu ve sınırlı semptomun bulunduğu yatışma dönemleri ve semptomların alevlendiği artma dönemleri gösterme eğilimindedir. Hastaların küçük bir bölümü tamamen iyileşirken diğer bir bölümü de ilerleyici bir seyir gösterir (Saddock 2007). OKB genellikle yavaş, sinsî bir başlangıç gösterir. Ancak, belirtileri özellikle gebelik ya da yas dönemlerinde ani başlayan hastalar da vardır. Başlangıçta hastalar saplantılarını ve zorlantılarını kendileri anlamsız, gereksiz buldukları için gizlemeye çalışabilir, kendi çabaları ile yenebileceklerini düşünürler. Belirtiler arttıkça ve yayıldıkça hastanın yaşamı kısıtlanır, verimi düşer, çevresindekiler bıkar ve ancak böyle bir durumda hekime başvururlar. Hekime başvurma bazen yıllar alabilir ve geldiklerinde çoğu artık iyice süregelenleşmiştir. Araya panik bozukluk, depresyon gibi bir bozukluk girerse hekime başvurma daha erken olabilir. Obsesyonlar ve kompulsiyonlar arttıkça hastanın uyumu bozulur; işine bakamaz, çevresi ile ilişkilerini sağlıklı yürütemez. Önceleri bu rahatsızlığa iyileşmez gözü ile bakılırdı. Ancak, günümüzde ilaçlarla ve davranış terapileri ile hastalıkta belirgin düzelme olabileceği bilinmektedir (Öztürk O., Uluşahin A. 2008).

Obsesif kompulsif bozuklukta kötü prognoz belirtileri olarak kompulsiyonlara direnememe, kompulsiyon olmaksızın sadece obsesyonların olması, çocukluk çağına başlangıç, garip kompulsiyonlar, hastaneye yatırılma, depresyonun eşlik etmesi, aşırı değerlendirilmiş fikirler, hezeyanlı inanışlar, kişilik bozuklukları (özellikle şizotipal kişilik bozukluğu) gösterilmiştir (Matsunaga ve ark. 2002; Turksoy ve ark. 2002; Rodriguez-Salgado ve ark. 2006; Hollander ve Simeon 2009). İyi prognoz belirtileri olarak sosyal ve iş yaşantısının iyi olması, hastalığa zemin hazırlayıcı bir olayın varlığı, belirtilerin epizodik bir doğada olması gösterilmiştir. Obsesyonların içeriğinin prognoz ile ilişkisi bulunamamıştır. Hastalığın sıklıkla depresyon ile birlikteliği de düşünüldüğünde intihar riski açısından dikkatli olunulması gerektiği bildirilmiştir (Erkmen 2008).

2.9. Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü

İçgörü; genel olarak hastalığının farkında olma şeklinde tanımlanır. Tarihsel süreç içinde OKB tanımlanırken; kişinin, obsesyonları ve kompulsiyonlarının akıldışı doğasına dair içgörüsü olması gerektiği, başlangıçta belirleyici bir özellik olarak tarif edilmişken; sonraki yıllarda araştırmacılar, OKB’u olan hastaların obsesyon ve kompulsiyonlarının saçma ve akıl dışı olduğuna her zaman inanmadıklarını, semptomlarını eleştiri yetisi ve semptomlara direnmede yetersizlik gösterebildiklerini fark etmişlerdir (Bellino S ve ark. 2005). Ayrıca hastaların semptomlarının anlamsızlığını fark edişinin davranışsal olmaktan çok sözel olduğu ve bu farkındalığın bazı spesifik durumlara bağlı olarak zamanla değişkenlik gösterdiği gözlemlenmiştir (Markova IS ve ark. 2009). DSM-III-R (APA 1990)’deki OKB tanımlamasında, hastanın OKB belirtileriyle ilgili duyarlılık ve buna bağlı içgörüsünün eksiksiz olması gerektiği ile ilgili ölçüt çıkarılmıştır. DSM-IV (APA 1994)’de ise, ‘içgörü azlığı’ ayrı bir belirleyici ölçüt olarak kullanılmıştır. Buna göre; OKB hastası o sıradaki epizodda çoğu zaman obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa ‘içgörüsü az’ başlığı altında tanımlanmıştır. Nitekim, “içgörülü delilik” olarak adlandırılan OKB tanımlamasından (Işık U, Şener Ş 2007), bugüne gelindiğinde “içgörü azlığı/yokluğu olan OKB” şeklinde teşhissel bir kategoriye ihtiyaç duyulmaya başlamıştır. OKB’nin klinik ve nöropsikolojik özelliklerinin araştırıldığı pek çok çalışmada, “İçgörü azlığı/yokluğu olan OKB” bir alt tip olup olmadığı tartışılmaktadır (Turksoy N ve ark. 2002, Tümkeya S ve ark. 2009). Son olarak DSM-V’de OKB ile olarak yapılan değişikliklerde ‘içgörü’ ile ilgili olarak da düzenleme yapılmıştır. DSM-IV’te OKB tanı kriterlerinin tanımlanmasından sonra içgörüyle ilgili olarak ‘içgörüsü az olan’ ifadesi yerine ‘içgörüsü iyi ya da oldukça iyi’, ‘içgörüsü kötü’ ve ‘içgörüsü yok/sanrısız düzeyde’ şeklinde yeni düzenleme yapılmıştır (APA 2013).

İçgörünün tartışılan önemli bir yönü de; bir semptom boyutu mu, yoksa ruhsal durumun bir parçası mı olduğudur. Klinik bir fenomen olarak içgörünün altta yatan bir bozukluktan ya da diğer faktörlerden bağımsız olarak ruhsal durumun bir parçası olarak değerlendirilmesi önerilmektedir (Markova IS ve ark. 2009). Buna karşın içgörü düzeyinin değerlendirilmesi için ‘nesne’sini belirlemek gereklidir. OKB’de içgörünün nesnesi hastanın ‘obsesyon’ ve ‘kompulsiyon’larıdır. Yani OKB’de içgörü, ruhsal durumun tümüyle değil, semptomla ilişkilendirilmiştir (Markova IS ve ark. 2009). OKB’de içgörü hakkındaki tartışmaların üzerinde durduğu noktalardan birisi, içgörünün hiç olmadığı bir obsesyonun

halen obsesyon kabul edilip edilemeyeceğidir. Konu üzerinde çalışan araştırmacılar, bir uçta yüksek düzeyde içgörünün olduğu, diğer uçta içgörünün hiç olmadığı bir spektrum önermişlerdir (Markova IS ve ark. 2009). Obsesyonların bir uçta, delüzyonların bir uçta bulunduğu bu modelde (Insel TR , Akiskal HS 1986), ‘aşırı değer verilmiş düşünceler’ orta noktalardadır (Neziroğlu F, Mc Kay D, Yaryura-Tobias JA ve ark. 1999). Bunlar gözönüne alındığında çoğu araştırmacı, içgörüye, kesinleşmiş kategorik sınırlamalarla değil, obsesyon ve delüzyon arasında süreklilik taşıyan bir açılımla bakmaktadır (Doğan YB 2009).

Çeşitli çalışmalarda, OKB hastaları arasında “içgörünün az olduğu OKB”, % 15-36 oranları arasında bildirilmiştir (Catapano F 2001, Marazziti D ve ark. 2002). Erişkin OKB’li hastalarda, içgörünün az olması ile hastalığın klinik özellikleri ve tedavi prognozunu değerlendiren çalışmalar yapılmıştır. OKB’de içgörü azlığının; daha şiddetli OKB semptomları, hastalığın daha erken yaşta başlaması , hastalık süresinin daha uzun olması , biriktirme obsesyon ve kompulsiyonlarının daha sık olması (Ravi Kishore V ve ark. 2004), eğitim süresinin daha az olması (Catapano F, Perris F, Fabrazzo M ve ark. 2010), ailede OKB öyküsünün daha fazla olması (Insel TR , Akiskal HS 1986, Bellino S ve ark. 2005), somatik obsesyonların daha sık olması (Lochner C 2005), kontrol kompulsiyonlarının daha sık olması (Matsunaga H ve ark. 2002), eşlik eden depresif semptom şiddetinin daha fazla olması (Türksoy N ve ark. 2002) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Catapano ve ark.’nın çalışması (2010) ve Türksoy ve ark.’nın çalışması (2002) da gösteriyor ki; içgörü yokluğu obsesyon ve kompulsiyonlara daha az direnme ve dolayısıyla daha kötü tedavi cevabına işaret etmektedir.

Araştırma çalışmalarında içgörü düzeyinin belirlenmesinde kullanılan geleneksel yöntem, Y-BOCS’nin 11. maddesidir (Goodman WK ve ark. 1999). 11. madde 5 madde üzerinden bir derecelendirme içermektedir (0:Mükemmel – 4:Yok). Herhangi bir özelliği tek bir maddeyle değerlendirmenin güvenilirlikle ilgili kaygılara yol açtığı ve metodolojik bir sınırlılık olduğu pek çok araştırmada belirtilmiştir (Berardis D ve ark. 2009, Lewin AB ve ark. 2010). Bütünüyle içgörüye yönelik, daha ayrıntılı ve çok yönlü değerlendirme yapan, bugüne değin 3 ölçek geliştirilmiştir: İlk ölçek olan İnanışların Değişmezliği Soru Formu (Fixity of Beliefs Questionary) , Foa A ve Kozak (1995) tarafından 1995’de, DSM-IV alan çalışması için geliştirmişlerdir. Bu ölçek, alan çalışmasında verileri çözümleyen bazı araştırmalarda kullanılmış olmakla birlikte, henüz yaygın olarak kullanılmak üzere uyarlanmamıştır. İkinci olarak Eisen ve ark. (1998), OKB ve bir dizi psikiyatrik durumda içgörü zayıflığı ve sanrıları derecelendiren Brown İnanışları Değerlendirme Ölçeği-BİDÖ (Brown Assessment of Beliefs Scale-BABS)’ni geliştirmişlerdir. Bu ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve

güvenirlilik çalışması Özcan ve ark. (2013) tarafından yapılmıştır. Üçüncü olarak, 1999 yılında Neziroğlu ve ark. Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADÖ) (OVIS-Overvalued Ideas Scale)'ni geliştirmişlerdir. ADÖ, OKB'de aşırı değerlendirilmiş düşüncelerin ölçülmesini sağlayan, görüşmeci tarafından uygulanan, 10 maddeden oluşan bir ölçektir. ADÖ ile inancın en düşük ve en yüksek şiddeti, akla uygunluğu, doğruluğu, başkaları tarafından paylaşılmasının boyutu, başkalarının benzer veya farklı bir inanca sahip olmaları, kompülsiyonların etkililiği, içgörü, direncin gücü ve inancın süresi değerlendirilir.

2.10. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel İşlevler

Orbitofrontal korteks, anterior singulat girus ve bazal gangliyonlarda, yapısal ve fonksiyonel anormalliklerin olduğu bilinen OKB hastalarının, bu beyin bölgelerini gösteren nörokognitif testlerde düşük performans gösterebileceği hipotezi kurulmuştur (Saxena ve ark., 2001; Tükel ve ark. 2006). Kognitif testler, kognisyonun farklı alanlarının analizini gösterir ve bu testlerin fokal nöroşirurjik lezyonları olan hastalarda, beyin görüntüleme çalışmaları ile birleştirilerek, test performansının nöral substratının tanımlanmasına olanak tanıyarak teşhis koymada yararlanılabileceği düşünülmektedir (Chamberlain ve ark. 2005; Tükel ve ark. 2006).

Bilişsel işlevler dikkat, yürütücü işlevler, görsel-mekansal işlevler, sözel ve sözel olmayan bellek başlığı altında incelenebilir. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojik temelinin prefrontal-striatal sistem olması nedeniyle bellek, dikkati kaydırma, dikkati odaklama ve sözel akıcılıkla ilgili kusurlar beklenmektedir (Chudasama ve Robbins, 2006). Obsesif kompulsif bozuklukta nöropsikolojik çalışmalarda, değişken sonuçlar bulunmuştur. Bu sonuçlardaki değişkenliğin, klinik durum, medikal tedavinin etkisi, zeka ve semptomların heterojenitesi gibi faktörlerden kaynaklanması olasıdır. Bununla birlikte yürütücü fonksiyonlarda ve sözel olmayan bellekte bozulma, çalışmalarda en sık tekrarlanan bulgulardır (Abruzzese ve ark. 1995; Greisberg ve McKay 2003, Kuelz ve ark. 2004). Ek olarak, görsel mekansal işlevlerde (Deckersbach ve ark. 2000, Moritz ve ark. 2003) ve bazı yürütücü fonksiyonlarda (Veale ve ark. 1996, Purcell ve ark. 1998, Schmidtke ve ark. 1998, Tükel ve ark. 2006) bozulma da tespit edilmiştir. Hastaların sıklıkla unutkanlık yakınmalarının olması ve tekrarlamalarına rağmen bir önceki eylemi yapıp yapmadıkları hakkında şüphe duymaları önemli bir semptom olduğundan bellek bozukluklarının OKB'de önemli bir rol oynadığı öne sürülmüştür (Tallis ve ark. 1999). Obsesif kompulsif bozukluk tanımlı hastaların dikkatleri dış ve iç uyaranlarla kolayca dağıldığından, hata olmaması için tekrar tekrar yanıtı kontrol etmeleri ve hata olduğunda yeni çözüm bulmadaki güçlükleri

nedeniyle bilişsel işlev testlerinde sağlıklı bireylerden daha başarısız olabilecekleri bildirilmiştir (Veale ve ark. 1996). Bu güçlükler nedeniyle hastalar nöropsikolojik testleri yaparken daha fazla zaman harcamakta ve testleri tamamlama hızları yavaşlamaktadır (Christensen ve ark. 1992). Obsesif kompulsif bozukluk hastaları fronto-striatal işlevlere yönelik testleri uygularken iç uyaranlardan etkilenmekte ve devam eden testle ilgili olan uyaranı saptayıp ilgisiz olanı dışlamakta zorlanmaktadırlar. Bu nedenle nöropsikolojik testleri sağlıklı bireylerle aynı doğrulukla yapmalarına rağmen daha fazla zaman harcamaktadırlar. Burada saptanan yavaşlığın, bozukluğun temel bir özelliği olup fronto-subkortikal döngüdeki soruna işaret ettiği öne sürülmüştür (Galderisi ve ark. 1995).

2.10.1. Dikkat

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında dikkat bozukluğu olduğuna dair çok az sayıda kanıt bulunmaktadır. Obsesif kompulsif bozuklukta dikkat işlevleri söz konusu olduğunda, seçici dikkat yanlılıkları olabileceği düşünülmektedir. Sözü edilen seçici dikkat, genel olarak çevredeki uyaranların bazı özellikleri üzerinde toplanması ve bunun dışında kalan uyaranların ihmal edilmesidir (Kuelz ve ark. 2004). Obsesif kompulsif bozukluğun klinik semptomları arasında işlemin yanlı hatırlanması vardır. Örneğin, özellikle kontaminasyon kaynağının akılda tutulması gibi. Yanlı hatırlama, semptom provakasyonu boyunca OKB’de lateral orbitofrontal kortekste anormal nöral aktiviteye sebep olmaktadır. Bu bulguların kognitif testler ile de gösterilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Chamberlain ve ark. 2005). Stroop testi dikkati ölçen önemli testlerden biridir. Penades ve arkadaşlarının (2005) Stroop testini kullanarak yaptıkları bir çalışmada, OKB hastalarının performansları sağlıklı kontrollere göre düşük bulunsa da, bu bilgi daha sonra yapılan çalışmalarda doğrulanmamıştır (Schmidtke ve ark. 1998, Mataix-Cols ve ark. 2002). Dikkat süresi ve dikkatin sürdürülmesini ölçen bir test olan WAIS-R Sayı Dizisi Testi ile yapılan çalışmada da OKB hastaları ve sağlıklı kontroller arasında fark saptanmamıştır (Akdede ve ark. 2005). Yürütücü işlevleri değerlendirmek üzere kullanılan Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)’nde bazı bozuklukların dikkat işlevleriyle ilgili olabileceği öne sürülmüştür. Wisconsin Kart Eşleme Testi’nde kurulumu sürdürmede başarısızlık sayısının fazla olması ile ilk denemede düşük puan almasının hastanın dikkat süresi ve dikkatini sürdürmede çektiği zorluk hakkında bilgi verebileceği düşünülmektedir (Greve ve ark. 1998). Hastalık şiddeti ile WKET’de kurulumu sürdürmede başarısızlık sayısı karşılıklı olarak bağlantılı bulunmuştur, belirtileri daha şiddetli olan kişilerde dikkat bozukluğunun daha fazla olduğu düşünülmüştür (Kuelz ve ark. 2004). Ancak WKET’de kurulumu sürdürmenin birçok bilişsel işleve bağlı

olduğu bilindiğinden yalnızca dikkatle ilgili sonuçlar çıkarmak doğru değildir. Ayrıca, bilişsel performansta yaşanan güçlüklerin anksiyete ile yakından ilişkili olduğu, bunun da bilişsel süreçteki akıcılığı engelleyen ve bilinci meşgul eden bozucu etkilerin ve araya girici düşüncelerin ortaya çıkmasına neden olduğu vurgulanmaktadır (Eysenck 1997).

İşaretleme Testi bir sürekli dikkat testi olup, aynı zamanda da görsel tarama, tepki hızı ve aceleci tepkilerin ketlenmesi gibi davranışları ölçer. Bu testde düşük puanlar alınması, dikkatin bozulmasından, genel bir tepki yavaşlamasından ya da tek yanlı mekan ihmalinden ileri gelebilir (Lezak 1995, Spreen ve ark. 1991). İT birçok açılarından yapılacak araştırmalarda kullanılabilir. Bugün için klinik nöropsikolojide, daha çok sağ parietal hasarın derecesini belgeleme açısından diğer ihmal testlerinin yanı sıra kullanılır (Karakaş S 2004).

2.10.2. Bellek

Obsesif kompulsif bozukluk tanıları hastaların eylemi doğru şekilde yapıp yapmadıkları hususunda, eylemi doğru şekilde yapmış olmalarını düşünmelerine karşılık kararsız olmaları oldukça yaygındır. Görünüşe göre, bu kararsızlığın bir sonucu olarak, OKB hastaları sıklıkla tekrarlayıcı ritüellerle meşguldürler. Örneğin, kapıları ya da kilitleri kompulsif kontrol etmeleri gibi. Bu klinik gözlemlerin sonucunda, araştırmacılar OKB hastalarının bellek fonksiyonları ile ilgilenmeye başlamışlardır. Bunun dikkat problemi ile ilgili ya da kendi hareketini kodlamada başarısızlıktan kaynaklanabileceği fikri sunulmuştur (Chamberlain ve ark. 2005). Özellikle, OKB hastalarında olası bellek bozulmalarını ya da yanılgılarını araştırmaya yönelik çalışmalar yapılmıştır ve bu çalışmalarda OKB hastaları “denetleyici” olarak sınıflandırılmışlardır (Muller ve Roberts, 2005). Christensen ve arkadaşları (1992), depresyonu olmayan obsesif kompulsif bozukluk tanıları hastaların bilişsel işlevlerini yaş, eğitim ve cinsiyet yönünden eşleştirilmiş sağlıklı bireylerle kıyasladıkları çalışmalarında sözel olmayan bellekte bozulma saptarken sözel belleğin etkilenmediğini bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada ise, obsesif kompulsif bozukluk tanıları hastalarda sözel olmayan belleğin değerlendirilmesinde "Rey-Osterrieth Kompleks Figür Testi" kullanılmış ve hastaların figürü kopyalama sırasında kullandıkları stratejilerdeki problemlerin sözel olmayan bellekte bozukluğa yol açtığı öne sürülmüştür (Savage ve ark., 1999). Araştırmacılar birincil sorunun yürütücü işlevlerden kaynaklandığını ve sözel olmayan belleğin ikincil olarak etkilendiğini, bu bulgunun ise obsesif kompulsif bozuklukta fronto-striatal sistemin etkilenmesinden kaynaklandığı görüşünü desteklediğini bildirmişlerdir (Kıvırcık ve Alptekin 2003). Burdick ve arkadaşları (2008), obsesif kompulsif bozukluk hastalarında, sözel olmayan bellekte gecikme olduğunu öne sürmüştür. Martinot ve arkadaşları (1990) görsel, sözel ve sayısal

hafıza da dahil olmak üzere bellek fonksiyonlarının tanımlı tüm alanlarında bozulma olduğunu tespit etmişlerdir. Bellekte bozulma ile semptom ağırlığı arasındaki bağlantı ise belirlenememiş olup, bazı çalışmalar anlamlı bir ilişki olduğunu (Gross-Isseroff ve ark., 1996; Tallis ve ark., 1999), bazıları da herhangi bir ilişki olmadığını (Okasha ve ark., 2000) bildirmişlerdir. Penades ve arkadaşları (2005) yaptıkları bir çalışmada, Savage tarafından formüle edilen “örgütsel yaklaşım” ile daha geniş bir perspektiften bakarak OKB hastalarındaki bellek kusurunu açıklamaya çalışmışlardır.

Bu yaklaşım dört ana strateji üzerine kurulmuştur:

1. Obsesif kompulsif bozukluktaki ana serebral işlev bozukluğu, frontostriatal döngü ile ilişkilidir.
2. Frontostriatal işlev bozukluğu, primer bilişsel işlev bozukluğunun bir sonucu olarak sekonder sözel olmayan bellek bozukluğunu ortaya çıkarır.
3. Nöropsikolojik işlev bozukluğu klinik semptomları etkiler.
4. Semptomlar ile kognitif işlev bozuklukları arasında kısır bir döngü vardır.

Bu modele göre OKB hastalarında bulunan bellek bozukluğu primer bilişsel işlev bozukluğunun sebep olduğu stratejik işleme problemi ile ilişkili bulunmuştur (Savage ve ark. 1999). Sözel ve sözel olmayan bellek bozukluklarının, kodlamada organizasyonel bir bozukluk ile ilişkili olduğunu gösteren bir dizi çalışma mevcuttur (Deckersbach ve ark. 2000; Savage ve ark. 2000; Kuelz ve ark. 2004).

2.10.3. Görsel-mekansal işlevler

Bu zamana kadar, OKB hastalarında birçok çalışmada görsel-mekansal işlevlerde bozulma olduğu gösterilmiştir (Moritz ve ark. 2005, Abramovitch ve ark. 2011, Tükel ve ark. 2012). Ancak, görsel-mekansal nöropsikolojik bozukluğun asıl görsel-mekansal süreç bozukluklarından mı, yoksa birçok bilişsel işlevler arasındaki karmaşık etkileşimden mi kaynaklandığı açık değildir. Kuelz ve arkadaşlarına (2004) göre, nörobilişsel testler birçok fonksiyonu bir arada değerlendirdiğinden bunu tek başına saptamak zordur.

2.10.4. Yürütücü işlevler

Bilişsel sistem, uyarıcıların sadece duyumsanıp, algılanmasını, öğrenilip belleğe yerleştirerek gerektiğinde hatırlanmasını sağlayan bir sistem değildir. Etkili bir bilişsel sistem, şemaları, kurulumları koruyabilmeli, gerektiğinde değiştirip düzenleyebilmeli, onları yeniden oluşturabilmeli, bozucu etkilere karşı koyabilmeli, zaman ve mekan üzerinde olayları

bütünleştirebilmeli, belleği tarayabilmeli, bellek izlerinin üstünde çalışabilmeli, stratejiler kurup değiştirebilmeli, planlar yapabilmelidir; kısaca zihinsel faaliyetleri yönetebilmelidir (Beyazkürk, 2003). Karakaş ve Kafadar (1999) yaptıkları çalışmada, bu işlevleri frontal korteks bütünlüğüne bağlamışlar ve nöropatolojik olarak orbitofrontal kortekste ve bazal gangliyonlarda özellikle bilişsel kurulumun düzenlenmesi, idamesi ve dürtü kontrolü de olmak üzere yürütücü işlevlerin nöronal temellerine dair güçlü kanıtların varlığından bahsetmişlerdir. Ayrıca, yürütücü işlevlerdeki aksaklıkların diğer bilişsel işlevleri de olumsuz etkileyeceği ileri sürülmektedir (Anderson ve Savage, 2004).

Yönetici işlevleri ölçmede kullanılan nöropsikolojik testlerin başında Wisconsin kart eşleme testi (WKET) gelmektedir. Bu test ile obsesif kompulsif bozukluklu olgularda yapılan çalışma sonuçları da değişkendir. Bazı araştırmacılar obsesif kompulsif bozuklukta WKET performansında bozulma bildirirken (Aigner ve ark. 2007), bazı araştırma sonuçları bir bozukluk olmadığını göstermiştir (Abbruzzese ve ark. 1995, Akdede ve ark. 2005). Davranışın perseverasyonu, örneğin kompulsiyonlar gibi, frontal lobun motor ya da bilişsel programlamada bazal gangliyonları inhibe etme yeteneğinin bozulmasına dayandırılmaktadır. Bu model kapsamında, OKB hastalarının kurulumu değiştirme performansı araştırılmıştır (Kuelz ve ark. 2004). Frontal lob disfonksiyonu olan hastalar, kurulumu değiştirme yeteneğini değerlendirmekte kullanılan WKET’de sıklıkla ilk kategoriye bulabilirken, soyutlama yeteneğinin olmasına rağmen, ikinci kategoriye geçmede başarısız olmuşlardır. Wisconsin kart eşleştirme testi, daha çok dorsolateral prefrontal korteks lezyonlarını göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında bilişsel bozukları göstermek için WKET’nin kullanımı tartışmalıdır. Kurulumu değiştirme disfonksiyonunu belli bir beyin bölgesine atfetmek zordur; çünkü, bir uyarıdan diğer uyarıya dikkati kaydırma yeteneği çoklu beyin bölgelerinin kompleks etkileşmesine bağlıdır. Bundan dolayı, kurulumu değiştirmede bozulmanın tek bir beyin bölgesinin işlev bozukluğu olarak düşünülmesi bu durumu açıklamada yetersiz kalmaktadır (Kuelz ve ark. 2004).

WKET dışında Stroop Enterferans testi de yürütücü işlevleri değerlendiren önemli testlerdendir. OKB hastalarında, karmaşık seçici dikkat ve bir yürütücü işlev olarak bozucu etkinin (interference) kontrolünü değerlendiren Stroop görevinde, inhibisyon eksiklikleri olduğu yönünde tutarlı olmayan sonuçlar elde edilmiştir. OKB hastalarında Stroop görevinde bilişsel inhibisyonun bozulduğuna ilişkin kanıtlar elde eden çalışmalar olduğu gibi, OKB hastaları ile kontroller arasında farklılık olmadığını bildiren çalışmalarda mevcuttur (Hollander E ve ark. 1993, Hartson HJ ve ark. 1999, Schmidtke ve ark. 1998, Tükel R ve ark. 2012).

2.10.5. Bilişsel işlevleri ölçen testler

Nöropsikolojik testler, bazı bilişsel alanların ölçülmesini amaçlar. Testler kâğıt-kalem, soru-cevap, bilgisayar testleri şeklindeki formlardan oluşur. Testlerin çoğu aslında birkaç işlevi birlikte ölçer.

Görsel-Mekansal Algılama Testleri

Yüz tanıma testi

Çizgi yönünü belirleme testi(ÇYBT)

WAİS küplerle desen alt testi

Dikkat Testleri

Stroop testi

Sürekli performans testi

İz sürme A testi

İşaretleme testi

WAİS düz sayı dizisi alt testi

Dikotomik dinleme testi

Go-no go (Yap-yapma) testi

Bellek Testleri

Wechsler bellek ölçeği (WMS)

Rey işitsel sözel öğrenme testi (AVLT)

Kaliforniya sözel öğrenme testi (CVLT)

Boston adlandırma testi

Sayı dizisi öğrenme testi (SDÖT)

Görsel işitsel sayı dizileri testi B formu

Rey-Osterreith karmaşık şekil testi

WAIS ters sayı dizisi alt testi

Zeka Testi

Wechsler çocuk ve erişkin için zeka testi (WISC ve WAIS)

Yürütücü İşlevler

Wisconsin kart eşleme testi (WKET)

Sözel akıcılık testi

Stroop testi

Raven standart progresif matrisleri

İz sürme testi B formu

Motor Beceri Testi

Parmak vurma testi

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmaya Haziran 2013 ile Mart 2014 tarihleri arasında Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine ardışık olarak başvuran, DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan 50 hasta alındı. Kontrol grubu yaş, cinsiyet ve eğitim süresi yönünden olgu grubu ile eşleştirilmiş olan hastane personeli ve onların yakınlarından seçildi. OKB tanısı alan hastaların içgörü değerlendirilmesi Brown İnançların Değerlendirilmesi ile yapıldı.

Çalışmanın etik kurul onayı Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastalara ve sağlıklı kontrol grubuna çalışmanın amacı açıklanmış, uygulanacak psikometrik ölçekler ve nöropsikolojik testler hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilme ölçütleri :

- 18-60 yaş arası olmak
- Eğitim seviyesinin en az ilkokul olması
- Hasta grubu için SCID-I ile DSM-IV-TR OKB tanısı almış olmak, sağlıklı kontrol grubu için aynı görüşmede herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olmak
- Hasta grubu için DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre başka bir psikiyatrik bozukluk bulunmaması
- Primer nörolojik bozukluk ve/veya mental retardasyonu bulunmaması
- Geçirilmiş kafa travması ve/veya operasyonu bulunmaması
- Kognitif mental bozukluk (demans, deliryum) ve/veya bilişsel fonksiyonları etkileyecek düzeyde kronik sistemik hastalık (otoimmün, kontrolsüz hipertansiyon, diyabet v.b) bulunmaması
- Hasta grubu için son 3 ay içinde herhangi bir psikotrop ilaç kullanım durumu ve BDT programı dahilinde olmaması, hastalık süresinin en az 1 yıl olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olup bilgilendirilmiş onam formunu imzalamak

Çalışmadan dışlama ölçütleri,

- Hasta grubu için son 3 ay içerisinde ilaç kullanıyor olması
- İlkokulu bitirmemiş olmak
- Sağlıklı kontrol grubu için primer psikiyatrik hastalık öyküsünün olması

- Geçirilmiş kafa travması ve/veya operasyonu bulunması
- Kognitif mental bozukluk (demans, deliryum) ve/veya bilişsel fonksiyonları etkileyecek düzeyde kronik sistemik hastalık (otoimmün, kontrolsüz hipertansiyon, diyabet v.b) bulunması
- HADÖ>14 olması

3.2. Veri Toplama Araçları

A) Psikiyatrik Görüşme

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bilgilendirilmiş onam formu çalışmanın başlangıcında hastaları çalışmanın şekli ve uygulanacak testler konusunda bilgilendirmeyi amaçlayan yazılı formdur. Dahil edilme kriterlerine uygun olarak seçilen hasta ve sağlıklı gönüllülerin yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmiş onamları alındı.

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Anket Formu

Araştırmacı tarafından, sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ait klinik özellikleri sorgulamak amacıyla hazırlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen bireylerin sosyodemografik özellikleri Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Anket Formu'na kaydedildi. Sosyodemografik veri formu ile yaş, cinsiyet, eğitim süresi, medeni durum, iş durumu, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, halen kullanılan ilaç, hospitalizasyon sayısı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve hastalığının bazı klinik özelliklerinin sorgulanması amaçlanmıştır.

DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (Structured Clinical Interview for DSM-IV-SCID-I)

DSM-IV'e göre Eksen I psikiyatrik bozukluk tanısını araştırmak amacıyla, görüşmecinin uyguladığı yapılandırılmış klinik görüşme formu SCID-I ile hasta ve kontrol grubu eksen 1 psikiyatrik bozukluk açısından değerlendirildi. SCID-I'in psikopatoloji bilen bir görüşmeci tarafından uygulanması gereklidir. Türkçe'ye uyarlanması Özkürkçügil ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır.

B) Psikometrik değerlendirme

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Y-BOCS)

OKB tanılı hastada obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla, psikopatoloji bilen görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir (Goodman,W.K ve ark. 1989). Toplam 19 maddeden oluşmaktadır, ancak semptom şiddetini ölçmek amacıyla yalnızca ilk 10 madde kullanılmaktadır. Ölçeğin yanında, geçmişteki ve şu andaki semptomların tanınmasına yardımcı olan Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi bulunmaktadır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması; Karamustafalıoğlu ve ark. (1993) ve Tek ve ark. (1995) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

Hastalarda depresif belirtilerin şiddetini ölçmek üzere Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiş ve Williams (1978) tarafından yapılandırılmış hale dönüştürülmüştür. Tanı koydurucu olarak kullanılmaz, hastalarda depresyonun düzeyini ve semptom şiddet değişimini ölçmek ve gruplar arasında karşılaştırma yapmak için kullanılır. Sorular yapılandırılmıştır ve görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Her soru 0-4 arasında puanlandırılır ve en yüksek puan 51'dir. Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ)

Anksiyete düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek, belirti dağılımını belirlemek amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış ve görüşmeci tarafından uygulanan beşli Likert tipi bir ölçektir (Hamilton M 1959). Ruhsal ve bedensel belirtileri sorgulayan toplam 14 soru içermektedir. Her soru 0-4 arasında puanlandırılır ve en yüksek toplam puan 56'dır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve ark. tarafından (1998) yapılmış olup, Türkçe formunda kesme puanı hesaplanmamıştır, yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda anlam taşır.

Brown İnançların değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)- Brown Assessment Belief Scale (BABS)

BİDÖ, çeşitli psikiyatrik hastalıklarda inancın gücüne göre içgörüyü belirlemek üzere tasarlanmış, klinisyen tarafından uygulanan, uygun psikometrik özellikleri olan, görüşmeciler arası ve test-tekrar test güvenilirliği ve iç tutarlılığı yüksek olan bir ölçektir. BİDÖ 7 maddeden oluşmaktadır. BİDÖ'nün maddeleri içgörünün farklı bileşenlerini değerlendirir. Bu bileşenler şunlardır: 1- ikna olma (kişinin inancının doğruluğuna ne kadar ikna olduğudur), 2-

diğerlerinin görüşlerinin algılanışı (kişinin çoğu kişinin inanışını mantıklı bulduğundan ne kadar emin olduğudur), 3- farklı görüşlerin açıklanışı (kişinin kendi inancı ve diğerlerinin inancıyla ilgili görüşleri arasındaki farkı açıklayışıdır), 4-sabitlik (kişinin inancının yanlışlığı konusunda ikna edilip edilemeyeceğidir), 5- inancını çürütme girişimi (kişinin inancını çürütmeyi ne kadar etkin olarak denediğidir), 6- içgörü (kişinin inancının psikiyatrik ya da psikolojik bir nedeni olduğunun farkında olup olmadığıdır), 7-referans düşüncesi (referans fikirlerini ya da sanrılarını değerlendiren isteğe bağlı uygulanan bir maddedir) (Eisen JL ve ark. 1998).

BİDÖ'nün 6.maddesi içgörü olarak isimlendirilse de terim BABS'ın global olarak tüm bileşenlerini kapsayacak şekilde kullanılır. BİDÖ'yle geçmiş haftaya yönelik değerlendirme yapılır. Her madde 0-4 arasında puanlanır. Skorun yükselmesi içgörünün zayıfladığını gösterir. Maddelerin hepsinin 0 olması mükemmel içgörüyü, maddelerin hepsinin 4 olması içgörünün olmadığını gösterir. İlk 6 maddenin toplanmasıyla toplam skor (0-24) elde edilir. Yedinci madde toplam skora dahil edilmez. Eğer toplam skor 18 ve üstündeyse ayrıca 1. maddeden 4 puan alınmışsa inanç delüzyonel kabul edilir. Toplam skor 12 ve üstündeyse ve ilk maddeden 3 ve üstü puan alınmışsa içgörünün az olduğu sonucuna varılır (Eisen JL ve ark. 1998).

BİDÖ, Eisen ve arkadaşları tarafından ilk olarak OKB, Beden Dismorfik Bozukluğu vePsikotik özellikli Duygudurum Bozukluğu hastalarında geliştirilmiştir (1998). Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Özcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (2013).

C) Nöropsikolojik Değerlendirme

Stroop testi

Stroop (1935) tarafından geliştirilmiş olup, testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Karakaş ve ark., 1999). Çalışmamızda Stroop Testi TBAG (Temel Bilimler Araştırma Grubu) formu kullanılmıştır. Stroop Testi TBAG Formu beş bölüm halinde uygulanmaktadır. Kartlar 14x21.5 cm boyutunda olup, dört adettir. Her kartta altı satır ve her satırda dört madde bulunur. Bu kartlar testin uyarıcı maddeleridir. Bu kartlar ve deneğin yerine getirmesi gereken görevler aşağıda gösterilmiştir. Denek her bir bölümdeki görevi bitince tamamlama süresi, hata ve düzeltme sayısı kaydedilir.

Stroop Testi üç temel süreci yansıtır: seçici dikkat, kelime okuma ve renk söyleme. Testin, ayrıca bilgi-işleme hızını, bilişsel süreçlerdeki otomatik ve paralel işlemeyi de

incelemeye elverişli olduğu belirtilmektedir. Stroop görevinin en fazla ilgi çeken etkisi, algı hedefinin veya algısal kurulumun değiştirilmesiyle ilgili olanıdır. Stroop görevi, kişinin algısal kurulumunu değişen talepler doğrultusunda ve özellikle de bir “bozucu etki” altında değiştirebilme kolaylığını, alışılmış bir davranış örüntüsünü bastırabilme ve olağan olmayan bir davranışı yapabilme yeteneğini ortaya koyar. Bu ise zihinsel esneklik ve algısal kurulum, dikkat ve davranışı kaydırabilme yetenekleri ile ilgilidir. Bu yeteneğin zayıfladığı durumda perseveratif, stereotipik, uyumsuz olmayan davranışlar ortaya çıkar ve motor hareketleri düzenleme ve kontrol etme güçlüğü söz konusu olur. Buna göre Stroop performansı, bireyin bilişsel katılık-esneklik derecesini yansıtır.

Stroop testi görevleri

Bölümler	Uyarıcılar	Uyarıcı kart kapsamı	Görev
1. bölüm	1. kart	Siyah basılmış renk isimleri	Renk isimleri okuma
2. bölüm	2. kart	Farklı renkte basılmış renk isimleri	Renk isimleri okuma
3. bölüm	3. kart	Renkli basılmış daireler	Rengi söyleme
4. bölüm	4. kart	Renkli basılmış nötr kelimeler	Rengi söyleme
5. bölüm	5. kart	Farklı renkte basılmış renk isimleri	Rengi söyleme

Puanlamada her bir bölümün tamamlama süresi kullanılabilir. Stroop TBAG formu için hata ve düzeltilen tepki sayısı puanlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları düşük bulunmuş ve değerlerin genelde anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Stroop Testi’nin ölçtüğü en geçerli özelliğin bozucu etki (ikinci karttaki renklerin söylendiği beşinci bölüm) olduğu bulunmuştur. Birinci kart, okuma hızının temel düzeyini; renkli şekillerin bulunduğu üçüncü kart ile nötr kelimelerin renkli olarak basıldığı dördüncü kart ise, renk söyleme hızının temel düzeyini belirlemektedir (Karakaş ve ark., 1999).

Wechsler yetişkin zeka testi-revize kısa form (Wechsler Adult Intelligent scale-revised short -forms, WAIS-R Short-forms)

Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Revize Form (WAIS-R) (Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised), Wechsler (1981) tarafından geliştirilmiş, yetişkinlerin zeka düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan bir testtir. İçeriğindeki alt testlerin özellikleri nedeniyle nöropsikolojik değerlendirmede de yaygın olarak kullanılmaktadır. Test, kelime bilgisi, matematik becerisi, yargılama gibi sözel beceriler ve parça birleştirme, resim tamamlama gibi performans becerileri hakkında ayrıntılı bilgi vermektedir. Bu zeka testi 16 yaş ve üstü

bireylere uygulanabilen, 11 alt testten oluşmaktadır. Bu 11 alt testin, 6'sı sözel becerileri, 5 tanesi ise, performans becerileri içermektedir. Testin değerlendirilmesi sonucu üç puan elde edilmektedir. Bu puanlar, sözel zeka puanı, performans zeka puanı ve toplam zeka puanıdır. Ölçeğin Türkçe Formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ise Epir ve İskit (1972) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olmasına karşın Türkiye normları mevcut değildir. Çalışmamızda WAIS-R Düz ve Ters Sayı Dizisi alt testleri dikkati ve sözel çalışma belleğini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

Çizgi yönünü belirleme testi (ÇYBT)

Çizgi yönünü belirleme testi (ÇYBT) Benton ve arkadaşları tarafından 1978'de geliştirilmiştir. Genelde, görsel-mekansal algılamayı (visuospatial perception) ölçtüğü kabul edilmektedir. Görsel-mekansal algılama sağ hemisferin işidir. Sağ serebral hemisfer hasarlı hastaların ÇYBT performansının sol serebral hemisfer hasarlı hastalardan daha düşük olduğu bulunmuştur. Kontrol deneklerinde bu görevdeki performans, sağ temporo-pariyeto-okspital bölgede aktivasyona yol açmaktadır (Karakaş, 2004). Testte bir yarım daireyi, on eşit parçaya bölen 11 çizgi vardır ve bu çizgiler numaralandırılmıştır. Başka bir kağıda çizilmiş olan iki çizginin hangi çizgiler ile eşleştiğini bulması istenir. Teste başlamadan önce beş deneme uygulaması yapılır. Deneme testinde bu çizgilerle eş uzunlukta ve yönleri göreceli olarak daha kolay ayırt edilebilir örnekler vardır. Deneme testinde iki doğru cevap verebilenler, testin devamına geçerler. Testin devamında algıyı güçleştirmek için örnek çizgiler kısaltılmıştır. Çizgi yönünü belirleme testinin Türkçe standardizasyon çalışması Karakaş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Karakaş, 2004).

İşaretleme Testi

Mesulam tarafından 1985'te geliştirilmiştir (Lezak, 1995). Türkiye'ye uyarlaması, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumunun (TÜBİTAK) "Nöropsikolojik Testlerin Standardizasyonu" projesi kapsamında yapılmıştır. İşaretleme Testi bir sürekli dikkat testi olup, aynı zamanda da görsel tarama, tepki hızı ve aceleci tepkilerin ketlenmesi gibi davranışları ölçer. Test; düzenli ve düzensiz harf ve şekillerden oluşan 4 adet test formu, kayıt formu, doğru cevap anahtarı, hedef harf ve hedef şeklin bulunduğu iki adet örnek kartından oluşmaktadır. Her bir formda 60 adet hedef bulunmaktadır. Bu hedefler sayfanın her dörtte birlik kısmında 15 adet olacak şekilde düzenlenmiştir. Harf işaretleme ile ilgili formda farklı harflerin arasında 60 adet hedef A harfi bulunmaktadır. Şekil işaretleme ile ilgili formlarda da farklı şekillerin arasında 60 adet hedef şekil bulunmaktadır. Testlerin uygulanmasında düzenli

harfler, düzenli şekiller, düzensiz harfler ve düzensiz şekiller sırası ile deneğe verilmektedir. Her uygulamadan önce test formu deneğin önüne ortalı olarak yerleştirilmiş ve kişi test hakkında bilgilendirilip “başla” denildiğinde mümkün olduğunca hızlı ve hatasız biçimde hedef harf ya da şekli yuvarlak içine alması istenmiştir. Kişi hedefleri bitirdiğini düşündüğünde “bitti” demesi ile test sonlandırılıp, deneğin testi tamamladığını bildirmesi ile testi tamamlama süresi belirlenmiştir. Testin puanlanmasında, dört alt testin tamamı değerlendirilerek; her hasta ve kontrol için ortalama “İşaretlenen Hedef Sayısı” (İHS), “Atlanan Hedef Sayısı” (AHS), “Yanlış İşaretlenen Hedef Sayısı” (YHS), “ Testi Tamamlama Süresi” (TTS) hesaplanmıştır (Karakaş S 2004).

İşitsel-sözel öğrenme testi (İSÖT)- Auditory Verbal Learning Test (AVLT)

Kelime listelerinden oluşan İSÖT'ün orijinal formu Rey tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Açıkgöz (1995) tarafından yapılmıştır. İSÖT sözel malzemeye ilişkin bilgi işleme süreçlerini çok yönlü olarak ölçen bir testtir. Bu süreçler arasında sözel öğrenme, anlık bellek uzamı (immediate memory span), geriye bozucu etki (retroactive interference), serbest hatırlama (free recall) ve tanıma (recognition) belleği bulunmaktadır. Yaşla azalan, zekayla artan ve kadınlarda daha yüksek bulunan İSÖT performansının düşük bulunması, sol hemisfer hasarları için güvenilir bir bulgu niteliğindedir. Test uygulaması sırasında deneğe birbiriyle bağlantısı olmayan 15 kelime birer saniye aralıklarda okunur ve bu kelimelerden hatırladıklarını söylemesi istenir. Bu işlem aynı şekilde beş kez tekrarlanır, deneğin her seferinde hatırladığı kelimeleri en baştan ve mümkün olduğunca fazla sayıda söylemesi istenir. Diğer aşamada deneğe 15 kelimelik farklı bir liste okunarak yine hatırlayabildiği kelimeleri ve ardından da eski listeden hatırlayabildiği kelimeleri tekrar söylemesi istenir. Son aşamada ise, yaklaşık 20 dakikalık bir aradan sonra deneğin ilk listeden hatırlayabildiği kelimeleri söylemesi istenir. Liste ilk okunduğunda hatırlanan kelime sayısı anlık sözel bellek, tekrarlayan okumaların sonunda hatırlayabildiği kelime sayısı sözel öğrenme puanları, 20 dakika sonra deneğin hatırlayarak söylediği kelime sayısı ise uzun süreli bellek puanı olarak değerlendirilir.

3.3. Verilerin toplanması ve uygulama

Çalışmamızda hasta ve kontroller ardışık iki günde iki ayrı oturumda değerlendirilmiştir. Birinci oturumda, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran OKB hastalarına klinik görüşme yapılmış olup, bu görüşme sonucunda çalışma kriterlerine uygun olan 50

hastaya Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Anket Formu, DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-1), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Brown İnançların değerlendirilmesi ölçeği uygulanmıştır. Hastaların içgörü düzeyinin belirlenmesinde Brown İnançların değerlendirilmesi ölçeği toplam puanı dikkate alınmıştır.

İkinci oturumun başında anksiyetenin nöropsikolojik performansa olumsuz etkilerini bertaraf etmek için, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ) uygulanarak anksiyete puanı yüksek olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Daha sonra nöropsikolojik değerlendirme testleri uygulanmıştır. Testler tüm hasta ve kontrol grubuna aynı sırayla [*Stroop Testi TBAG formu, WAİS-R Düz ve Ters Sayı Dizisi Alt Testi, Çizgi Yönünü Belirleme Testi, İşaretleme Testi ve İşitsel-Sözel Öğrenme Testi (İSÖT)*] uygulanmıştır. Test uygulama süresi bireysel farklılıklar nedeniyle 1-1,5 saat arasında değişmiştir. Deneklere test öncesinde yoruldukları veya dikkatleri dağıldığı takdirde 15'er dakikalık aralar verilebileceği bildirilmiştir. Çalışmayı tamamlayan hastalar daha sonra psikiyatri polikliniğince tedavi amacıyla takip altına alınmıştır.

Kontrol grubu için ayrıca sosyodemografik veri formu hazırlanmıştır. Nöropsikolojik değerlendirme hasta grubuyla aynı şekilde uygulanmıştır.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Hasta gruplarından elde edilen verilerin analizi “SPSS for Windows 16.0” istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Ölçeklerin ve sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi sonucu elde edilen veriler aritmetik ortalama±standart sapma şeklinde belirtildi. Sürekli değişkenlerin (yaş, hastalık süresi, klinik skorları, nöropsikolojik test puanları) değerlendirilmesinde, çok sayıda değişken olması ve örneklem büyüklüğünün küçük olması nedeniyle non-parametrik analiz yöntemlerinden yararlanıldı. Kategorik değişkenlere ait verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve gerektiğinde Fischer Exact , T testi kullanıldı. İkili grupların sayısal değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun sayısal değişkenlerinin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kruskal-Wallis ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan puanların hangi grup/gruplardan kaynaklandığı, gruplar arasında post-hoc ikili karşılaştırmalar Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney-U testi yapılarak incelendi. Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testinde anlamlılık düzeyi $p=0.05/3=0.016$, diğer karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p=0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamız Haziran 2013 ile Mart 2014 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran OKB hastaları ve hastanede çalışan personellerin yakınlarından oluşan sağlıklı kontrol grubu ile yapıldı. Polikliniğe ayaktan 201 OKB tanılı hasta başvurdu. Bunlardan en az bir psikotrop ilaç kullanımı olan 85 , komorbid psikiyatrik hastalık saptanan 32, eğitim seviyesi beş yıldan az olan 10 ve bilişsel fonksiyonları etkileyecek düzeyde ek nörolojik ve/veya kronik sistemik hastalığı olan 8 ve HADÖ>14 olan 6 hasta çalışmaya alınmadı. Çalışma kriterlerini karşılayan 60 OKB tanılı hastanın 8'i çalışmaya katılmayı kabul etmedi, 2'si çalışmayı yarıda bıraktı. Çalışmaya OKB tanılı 50 (içgörüsü iyi olan 27, içgörüsü az olan 23) hasta ve 25 sağlıklı kontrol alındı.

4.1. Sosyodemografik Özellikler

OKB tanılı içgörüsü iyi olarak değerlendirilen 27 hastanın yaş ortalaması $30,56 \pm 8,613$ yıl idi. Bunların 8'i (%29,6) erkek, 19'u (%70,4) kadındı. Medeni durumları değerlendirildiğinde 16'sı (%59,3) bekar, 11'i (%40,7) evli olarak bulundu. Eğitim düzeyleri açısından 4'ü (%14,8) ilkokul, 4'ü (%14,8) ortaokul, 11'i (%40,7) lise ve 8'i (%29,6) yüksek öğrenim mezunu idi. Çalışma durumlarına bakıldığında bu hastaların 14'ü (%51,9) çalışıyor, 13'ü (%48,1) çalışmıyordu. İçgörüsü az olarak değerlendirilen 23 hastanın yaş ortalaması ise $33,61 \pm 9,341$ yıl olarak bulundu. Bu hastaların 7'si (%30,4) erkek, 16'sı (%69,6) kadın, 7'si (%30,4) bekar, 16'sı (%69,6) evli olarak bulundu. Eğitim durumlarına bakıldığında 8'i (%34,8) ilkokul mezunu, 3'ü (%13,0) ortaokul mezunu, 9'u (%39,1) lise mezunu ve 3'ü (%13,0) yüksek öğrenim mezunu idi. Çalışma durumlarına göre ise bu hastaların 7'si (%30,4) çalışıyor , 16'sı (%69,6) çalışmıyordu. OKB tanılı içgörüsü iyi olan ve içgörüsü az olan hastaların yaş ortalamaları, cinsiyetleri, medeni durumu, eğitim düzeyi ve mesleki durumları açısından yapılan karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri benzer olarak bulundu (Tablo 1).

Tablo 1: İçgörüsü iyi ve içgörüsü az olan OKB hastaları ile kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

		İçgörüsü iyi (s:27)	İçgörüsü az (s:23)	Kontrol (s:25)	p
Yaş (yıl), ort ± ss		30,56 ± 8,613	33,61± 9,341	33,60±9,381	0.384*
Cinsiyet ,s (%)	Kadın	19 (70,4)	16 (69,6)	17 (68)	0.938**
	Erkek	7 (29,6)	7 (30,4)	8 (32)	
Medeni durum s(%)	Bekar	16 (59,3)	7 (30,4)	9 (36)	0.86**
	Evli	11 (40,7)	16 (69,6)	16 (64)	
Eğitim Durumu, s (%)	İlkokul	4 (14,8)	8 (34,8)	8 (34,8)	0.529***
	Ortaokul	4 (14,8)	3 (13)	3 (13)	
	Lise	11 (40,7)	9 (39,1)	9 (39,1)	
	Üniversite	8 (29,6)	3 (13)	3 (13)	
Mesleki durum s (%)	Çalışıyor	14 (51,9)	7 (30,4)	16 (64)	0.064**
	Çalışmıyor	13 (48,1)	16 (69,6)	9 (36)	

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, s:olgu sayısı

* ANOVA ** Ki-Kare testi ***Fischer-Exact testi,

4.2. OKB’li hasta grubuna ilişkin klinik özellikler

Hiç psikotrop ilaç tedavisi kullanmamış veya daha öncesinde psikotrop ilaç tedavisi kullanmış olup en az 3 aydır herhangi bir psikotrop ilaç kullanmayan hastalar çalışmanın örneklemini oluşturuyordu. Ayrıca, çalışmaya alınan hastalarda komorbid ek psikiyatrik hastalık yoktu. İçgörüsü iyi olan grupta hastalık başlama yaşı ortalama $24,7 \pm 7,2$, içgörüsü az olan grupta ortalama $26,5 \pm 7,8$ yıl olarak bulundu. Hastalık süresi içgörü iyi olan grupta $5,7 \pm 4,3$ yıl olarak bulunurken içgörüsü az olan grupta $7,04 \pm 4,3$ yıl olarak bulundu. Başlama

yaşı ve hastalık süresi açısından içgörüsü iyi ve içgörüsü az olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0.407$ ve $p=0.307$). İçgörüsü iyi olan gruptan 16 hastanın (%59,3), içgörüsü az olan gruptan 13 hastanın (%56,5) daha öncesinde psikotrop ilaç kullanım öyküsü vardı. İlaç kullanım öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.845$). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü içgörüsü az olan hasta grubunda içgörüsü iyi olan hasta grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,048$) (Tablo 2).

Y-BOCS obsesyon, kompulsiyon ve toplam skorları ($p=0,000$) ve Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ) toplam puanları ($p=0.000$) içgörüsü az olan hasta grubunda içgörüsü iyi olan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulundu. HADÖ ($p=0.108$) ve HDDÖ ($p=0.100$) skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Tablo 2: OKB’li içgörüsü iyi ve içgörüsü az olan hastaların klinik özellikleri

		İçgörüsü iyi (s:27)	İçgörüsü az (s:23)	p
Hastalık süresi (yıl), Ort. $\pm$ SS		5,78 $\pm$ 4,30 yıl	7,04 $\pm$ 4,34	0.307*
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok,	17 (63,0)	7 (30,4)	
s (%)	Anksiyete bozukluğu,	9 (33,3)	14 (60,9)	0.048**
	Birden fazla,	1 (3,7)	2 (8,7)	
YBOCS	Obsesyon puanı	12,63 $\pm$ 2,70	16,35 $\pm$ 2,28	0.000***
Ort. $\pm$ SS	Kompulsiyon puanı	12,41 $\pm$ 2,56	16,13 $\pm$ 2,38	0.000***
	Toplam puan	25,04 $\pm$ 5,11	32,48 $\pm$ 4,56	0.000***
BİDÖ	Ort. $\pm$ SS	5,81 $\pm$ 3,69	16,52 $\pm$ 1,44	0.000***
HADÖ	Ort. $\pm$ SS	5,74 $\pm$ 3,27	7,57 $\pm$ 3,98	0.307***
HDDÖ	Ort. $\pm$ SS	5,48 $\pm$ 3,77	6,91 $\pm$ 3,35	0.100***

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma * Kİ-Kare testi **Fischer-Exact testi

*** Mann-Whitney U testi

Obsesyon tiplerinin dağılımına bakıldığında içgörüsü iyi olan hasta grubunda en sık şüphe (%74) ve kirlilik-bulaş (%44,4) obsesyonları, içgörüsü az olan hasta grubunda ise en sık şüphe (%78,2) , kirlilik-bulaş (%47,8) ve simetri (%39,1) obsesyonlarının görüldüğü saptandı. Kompulsiyonların dağılımına bakıldığında içgörüsü iyi olan grupta en sık kontrol (%70,4) , yineleme (%66,6) ve yıkama/temizleme (%44,4) kompulsiyonları görüldüğü saptandı. İçgörüsü az olan grupta ise benzer şekilde sık olarak görülen kompulsiyonlar kontrol (%78,2), yineleme (%78,2) ve yıkama/temizleme (%47,8) kompulsiyonları idi. İçgörüsü iyi ve içgörüsü az olan hastalar arasında görülen obsesyon ve kompulsiyon tipleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 3).

Tablo 3: OKB'li hastalarda görülen obsesyon ve kompulsiyon tipleri

		İçgörüsü iyi (s:27)	İçgörüsü Az (s:23)	p
Obsesyon tipi	Kirlilik-Bulaş	12 (44,4)	11 (47,8)	1.0*
s (%)	Şüphe	20 (74)	18 (78,2)	1.0**
	Simetri	6 (22,2)	9 (39,1)	0.193*
	Dinsel	6 (22,2)	6 (26,1)	0.75*
	Cinsel	4 (14,8)	6 (26,1)	0.321*
	Saldırganlık	3 (11,1)	1 (4,3)	0.614**
Kompulsiyon tipi	Yıkama-temizleme	12 (44,4)	11 (47,8)	0.811*
s (%)	Kontrol	19 (70,4)	18 (78,2)	1.0**
	Yineleme	18 (66,6)	18 (78,2)	1.0**
	Düzenleme	6 (22,2)	8 (34,8)	0.324*
	Dua etme	6 (22,2)	7 (30,4)	0.509*
	Kaçınma	8 (29,6)	9 (39,1)	0.557**
	Sayma	0 (0,0)	1 (4,3)	0.46**

* Kİ-Kare testi

**Fischer-Exact testi

4.3. Nöropsikolojik test sonuçlarının değerlendirilmesi

OKB’li hastalarla sağlıklı kontrol grubunun nöropsikolojik test sonuçlarının istatistiksel olarak karşılaştırılması sonucunda OKB’li hastaların kontrollere göre Stroop 5d, WAİS-R Düz sayı dizisi alt testi ve İşaretleme testi-AHS parametresi dışında tüm alanlarda anlamlı derecede kötü performans sergilediği saptandı (Tablo 4)

Tablo 4: OKB’li hastalarla sağlıklı kontrol grubunun nöropsikolojik test sonuçlarının değerlendirilmesi

		OKB hastaları	Kontrol	
		(s:50)	(s:25)	
		Ort. ±SS	Ort. ±SS	p*
Stroop	5s (saniye)	28,20±8,30	23,60±5,93	0.016
	5h	2,12±2,02	0,84±0,68	0.007
	5d	1,60 ±1,60	0,80±0,64	0.065
İşaretleme testi	İHS	232,96 ± 6,74	235,44±11,70	0.000
	AHS	0,40±0,80	0,44±1,26	0.598
	YHS	6,80±6,29	2,16±1,95	0.000
	TTS (saniye)	408,22±139,30	309,72±46,44	0.000
WAIS	Düz	6,41±1,86	6,52±1,50	0.111
	Ters	5,44±1,86	6,76±1,48	0.000
ÇYBT		19,90±5,68	26,08±1,77	0.000
AVLT	AVLT 1	6,66±1,61	7,84±1,24	0.000
	AVLT 1-5	47,22±7,86	53,48±5,51	0.001
	AVLT 6	9,04±2,31	10,40±1,70	0.010
	AVLT 7	7,98±2,37	10,08±2,10	0.000
	TANIMA A	12 ,90±2,25	13,96±1,17	0.031

*Mann-Whitney U testi

-İstatistiksel olarak anlamlı sonuçlar koyu olarak belirtilmiştir.

OKB içgörüsü iyi ve içgörüsü az olan hastalar ile sağlıklı kontroller olmak üzere 3 grup arasında nöropsikolojik test sonuçlarının istatistiksel olarak karşılaştırılması sonucunda

WAIS düz sayı dizisi alt testi puanı (p:0.081) ve İşaretleme testi-AHS (p:0.598) dışında tüm alanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptandı (Tablo 5).

İçgörüsü iyi olan, içgörüsü az olan hastalar ile sağlıklı kontrollere uygulanan nöropsikolojik testlerin sonuçlarının tümüne bakıldığında içgrüsü iyi olan hastaların işaretleme testi (İHS, YHS ve TTS), WAIS ters sayı dizisi alt testi, ÇYBT puanı ve AVLT1 alanlarında, içgörüsü az olan hastaların ise neredeyse tüm alanlarda (WAIS düz sayı dizisi alt testi hariç) sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde kötü performans sergilediği saptandı . İçgörüsü iyi olan ve içgörüsü az olan hastaların nöropsikolojik test sonuçları karşılaştırıldığında ise AVLT6, AVLT7 ve Tanıma A performansları dışında farklılık saptanmadı (Tablo 5).

Tablo 5: OKB içgörüsü iyi, OKB içgörüsü az ve sağlıklı kontrol grubunun nöropsikolojik test sonuçları

		İçgörüsü iyi (s:27)	İçgörüsü az (s:23)	Kontrol (s:25)	
		Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	p*
Stroop	5s (saniye)	26,37±7,91	30,35±8,57	23,60±5,93	0.015
	5h	1,70 ± 1,75	2,61 ± 2,25	0,84 ± 0,68	0.009
	5d	1,26 ± 1,55	2,00 ± 1,59	0,80 ± 0,64	0.021
İşaretleme testi	İHS	233,19 ± 6,28	232,70 ± 7,37	235,44 ± 11,70	0.001
	AHS	0,37 ± 0,68	0,43 ± 0,94	0,44 ± 1,26	0.870
	YHS	6,37 ± 5,32	7,30 ± 7,37	2,16 ± 1,95	0.000
	TTS (saniye)	364,52 ± 66,76	459,52 ± 181,279	309,72 ± 46,44	0.000
WAIS	Düz	6,41 ± 1,86	5,61 ± 1,58	6,52 ± 1,50	0.081
	Ters	5,44 ± 1,86	4,48 ± 1,83	6,76 ± 1,48	0.000
ÇYBT		20,78 ± 3,90	19,22 ± 7,28	26,08 ± 1,77	0.000
AVLT	AVLT 1	6,96 ± 1,58	6,30 ± 1,60	7,84 ± 1,24	0.001
	AVLT 1-5	49,37 ± 7,14	44,70 ± 8,05	53,48 ± 5,51	0.000
	AVLT 6	9,93 ± 2,30	8,00 ± 1,88	10,40 ± 1,70	0.000
	AVLT 7	8,85 ± 2,33	6,96 ± 2,03	10,08 ± 2,10	0.000
	TANIMA A	13,74 ± 1,09	11,91 ± 2,82	13,96 ± 1,17	0.004

Ort.: Ortalama SS: Standart sapma

*Kruskal-Wallis Testi (İçgörüsü iyi, İçgörüsü az ve Kontrol grubu arasında)

-İstatistiksel olarak anlamlı sonuçları koyu olarak belirtilmiştir

Kısa süreli sözel belleği değerlendiren AVL1-1’de içgörüsü iyi ve içgörüsü az olan gruplar arasında fark gözlenmezken ($p=0.549$) kontrol grubunun içgörüsü iyi olan ($p=0.039$) ve içgörüsü az olan ($p=0.001$) gruba göre daha iyi performans sergilediği saptandı. Sözel öğrenmeyi değerlendiren AVL1 1-5 toplamında içgörüsü az olan grubun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde kötü performans sergilediği saptandı ($p=0.000$). Yine *sözel öğrenmeyi* değerlendiren AVL1 6 ve *uzun süreli belleği* değerlendiren AVL1 7 puanları değerlendirildiğinde içgörüsü az olan hasta grubunun içgörüsü iyi olan (AVL1 6, $p:0.007$; AVL1 7, $p:0.033$) hasta grubu ve sağlık kontrol grubuna (AVL1 6, $p:0.000$; AVL1 7, $p:0.000$) göre anlamlı düzeyde daha kötü performans gösterdiği saptandı. Gecikmiş hatırlamanın değerlendirildiği Tanıma A listesi-doğru hatırlanan kelime sayısı açısından içgörüsü az olan hasta grubunun performansı içgörüsü iyi olan hasta grubu ($p=0.036$) ile kontrol grubuna göre ($p=0.005$) anlamlı olarak daha kötü bulundu. İçgörüsü iyi olan grup ile kontrol grubunun Tanıma listesi doğru hatırlanan kelime sayısı performansları benzerdi ($p=1.000$) (Tablo 6).

Görsel-mekansal işlevi değerlendiren ÇYBT’de kontrol grubunun hem içgörüsü iyi olan ($p=0.000$) hem de içgörüsü az olan ($p=0.000$) gruba göre anlamlı olarak daha iyi performans sergilediği saptandı. İçgörüsü iyi ve içgörüsü az olan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=1.000$) (Tablo 6).

Sürekli dikkat, aynı zamanda da görsel tarama, tepki hızı ve aceleci tepkilerin ketlenmesi gibi davranışları ölçen işaretleme testinin İHS, YHS ve TTS alanlarında kontrol grubunun performansı hem içgörüsü iyi olan (İHS, $p=0.003$; YHS, $p=0.001$; TTS, $p=0.005$) hem de içgörüsü az olan (İHS, $p=0.004$; YHS, $p=0.001$; TTS, $p=0.000$) hasta grubuna göre daha iyi bulunurken içgörüsü iyi ve içgörüsü az olan gruplar arasında farklılık saptanmadı (İHS, $p=1.000$; YHS, $p=1.000$; TTS, $p=0.155$) (Tablo 6).

Çalışmamızda *sözel çalışma belleğini* değerlendirmek amacıyla kullandığımız WAİS ters sayı dizisi puanında kontrol grubu hem içgörüsü iyi olan ($p=0.019$) hem de içgörüsü az olan ($p=0.000$) gruba göre daha iyi performans sergilerken, içgörüsü iyi ve içgörüsü az olan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.408$) (Tablo 6).

Yürütücü işlevlerden olan *cevap inhibisyonu ve bozucu etkiye direnci (enterferans)* değerlendiren Stroop 5s’de iç görüsü az olan grubun kontrollere göre anlamlı derecede daha

kötü performans sergilediği bulundu ($p=0.012$). İçgörüsü iyi olan grubun performansı hem içgörüsü az olan grup ($p=0.321$) hem de kontrollerle ($p=0.522$) benzer bulundu (Tablo 6).

Tablo 6: İçgörüsü iyi, içgörüsü az olan OKB hastaları ile sağlıklı kontroller arasında istatistiksel olarak olarak anlamlı farklılık saptanan nöropsikolojik test sonuçlarının ikili gruplar arasında karşılaştırılması

		İçgörüsü iyi	İçgörüsü iyi	İçgörüsü az
		İçgörüsü az	Kontrol	Kontrol
		p*	p*	p*
Stroop	5s, saniye	0.321	0.522	0.012
	5h	0.427	0.272	0.007
	5d	0.114	1	0.023
İşaretleme testi	İHS	1	0.003	0.004
	YHS	1	0.001	0.001
	TTS, saniye	0.155	0.005	0.000
WAIS-R	Ters	0.408	0.019	0.000
ÇYBT		1	0.001	0.000
AVLT	AVLT 1	0.549	0.039	0.001
	AVLT 1-5	0.149	0.114	0.000
	AVLT 6	0.007	1	0.000
	AVLT 7	0.033	0.149	0.000
	TANIMA A	0.036	1	0.005

*Mann-Whitney U (İçgörüsü iyi-içgörüsü az, İçgörüsü iyi- Kontrol, İçgörüsü az-Kontrol arasında)

-İstatistiksel olarak anlamlı sonuçları koyu olarak belirtilmiştir

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanılı içgörüsü iyi ve içgörüsü az olan hastalar ile sağlıklı kontroller bilişsel fonksiyonları açısından karşılaştırılmış, OKB’de içgörü düzeyinin bilişsel fonksiyonları etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Bu konularda farklı yöntem ve araçlar kullanılarak yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. OKB’nin nöropsikolojik olarak incelendiği bu araştırmaların büyük bir kısmında seçilen hastaların herhangi bir psikiyatrik tedavi alıp almadığının çalışmacılar tarafından irdelenmediği anlaşılmaktadır. Hastaların geçmişte almış oldukları veya çalışma sırasında aldıkları tedavilerin bilişsel işlevleri etkileyip etkilemedikleri kesin olarak bilinmemektedir. Meneses ve ark. (1999) bilişsel işlevler üzerinde serotonerjik sistemin etkisini değerlendirdiği çalışmasında serotonerjik sistemdeki değişikliklerin, bilişsel fonksiyonları etkileyebileceği ve serotonin reseptörleri üzerinde agonist ve parsiyel agonist etkili ilaçların bellek ve öğrenme üzerine etkilerinin olabileceğini bildirmiştir. Bizim çalışmamızı diğer çalışmalardan ayıran en önemli farklardan birisi tedavi alan OKB hastalarının çalışmaya dahil edilmemesidir.

OKB’lu hastaların 2/3’ünde komorbid başka bir psikiyatrik hastalığın olduğu, en sık majör depresif bozukluk ek tanısı aldıkları bildirilmiştir (Şahin RF, Böke Ö 2007). OKB’ye majör depresyonun eşlik etmesinin, obsesif-kompulsif belirtilerin süregenliği, hastalık şiddeti, tedaviye kötü yanıt ve kötü prognoz ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Tükel R 2009). OKB’ye eşlik eden depresyon şiddetinin yürütücü işlev bozukluklarının şiddeti ile de ilişkili bulunmuştur (Bedard ve ark. 2009, Moritz ve ark. 2001, Basso ve ark. 2001). Biz bu çalışmamızda ilaveten OKB tanılı hastalarda ek psikiyatrik hastalık tespit edilen hastaları da çalışmamızdan dışladık.

Bildiğimiz kadarıyla OKB’li hastaların içgörüsü iyi olan ve içgörüsü az olan şeklinde gruplandırılıp sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı ve ilaç tedavisinin etkisinin dışlandığı ilk çalışmadır.

Klinik özelliklerin değerlendirilmesi

Çalışmamızda içgörüsü iyi olan ve içgörüsü az olan OKB’li hasta gruplarının klinik özellikleri karşılaştırıldığında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, Y-BOCS obsesyon,

kompulsiyon ve toplam skorları, BİDO toplam puanı içgörüsü az olan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanırken (Türksoy ve ark. 2002, Ravi Kishore V ve ark. 2004, Bellino S ve ark. 2005, Catapano ve ark. 2010, Kashyap ve ark. 2012), hastalık başlama yaşı, hastalık süresi, gözlenen obsesyon ve kompulsiyonların tipi, anksiyete ve depresyon skorları açısından içgörüsü iyi olan ve içgörüsü az olan hastalar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında OKB’de içgörü azlığının; hastalığın daha erken yaşta başlaması , hastalık süresinin daha uzun olması , biriktirme obsesyon ve kompulsiyonlarının daha sık olması (Ravi Kishore V ve ark. 2004), somatik obsesyonların daha sık olması (Marazziti ve ark. 2002), eşlik eden depresif semptom şiddetinin daha fazla olması (Türksoy N ve ark. 2002) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Marazziti ve ark.’nın (2002) OKB’de içgörü ile klinik özelliklerin ilişkisini araştırdığı çalışmalarında ise içgörü azlığı somatik obsesyonlarda artış dışında herhangi bir klinik özellik ile ilişkili bulunmamıştır.

Çalışma sonuçlarındaki bu farklı bulgular OKB’li hasta gruplarında ilaç kullanımının olması, komorbid psikiyatrik bozuklukları olan hastaların dahil edilmesi, içgörüyü değerlendirmede farklı bir araç kullanılması gibi yöntemsel farklılıklarla ilişkili olabilir.

Nöropsikolojik değerlendirme

OKB tanılı hastalar ile sağlıklı kontroller arasında nöropsikolojik test performanslarının değerlendirilmesi

Çalışmamızda bilişsel işlevlerden *anlık ve uzun süreli bellek ile sözel öğrenmenin* değerlendirildiği İSÖT alt puan ortalamaları, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla OKB’li hasta grubunda anlamlı düzeyde düşük bulundu. Ayrıca *sözel çalışma belleğinin* WAIS-R Ters Sayı Dizisi alt testiyle değerlendirildiği çalışmamızda OKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde düşük performans sergilediği bulundu. Çalışmamıza benzer şekilde önceki çalışmaların çoğunluğunda OKB’li hastaların bellek performansının sağlıklılardan daha düşük olduğu bulunurken (Tallis ve ark. 1999, Savage ve ark. 2000, Sawamura ve ark. 2005, Rajender ve ark. 2011, Tükel ve ark. 2012), aksine OKB tanılı hastalarla sağlıklı kişilerin karşılaştırıldığı bazı bellek çalışmalarında iki grup arasında fark bulmayan yayınlar da bulunmaktadır (Tolin ve ark. 2001, Ceschi ve ark. 2003, Kıvırcık ve ark. 2005). Çalışmalar arasında örneklem büyüklüğü, kullanılan nöropsikolojik testler ve depresyon gibi hastalığa ait

özelliklerdeki farklılıklar çelişkili sonuçları açıklayabilir. Son yapılan çalışmalar, OKB’de organizasyonel yöntem eksikliklerinin ve yetersiz zihinsel esnekliğin sözel bellekte bozukluk olduğu izlenimine yol açtığını göstermiştir (Deckersbach ve ark. 2000 , Savage ve ark. 2000, Deckersbach ve ark. 2005, Tükel R ve ark. 2012). Kuelz ve ark. (2004), stratejilerin etkili şekilde kullanılmasındaki yetersizliğin, OKB hastalarının çaba gerektiren sözel bellek görevlerinde bozuk performans göstermelerini açıkladığını ve bu görevler konusundaki eksikliklerin altta yatan bir yürütücü işlev bozukluğuna ikincil olduğunu ileri sürmüşlerdir. Deckersbach ve ark. (2005), anlamsal olarak birbiriyle ilişkili kelimeleri hatırlamada hastaların performansını sağlıklılardan kötü bulmuş ancak hastalardan anlam ilişkisine göre kelimeleri hatırlamaları istendiğinde sağlıklılara benzer performans göstermişlerdir. Bu durum OKB tanısı olan hastaların yöntemi uygulamaktan çok başlatmakta zorlandıklarını göstermektedir. Sawamura ve arkadaşları da (2005) zaman sınırı olan sözel öğrenme testi geliştirmiş, anlam ilişkilerine göre beş bölümde toplanan 20 kelimenin anlamsal özelliklerini analiz etmede hastaların kontrol grubundan yavaş olduğunu, kelimelerin anlamsal özelliğini belirlemedeki bu yavaşlığın kodlama eksikliklerinden sorumlu olabileceği belirtilmiş. OKB hastalarının bellek performanslarını sağlıklı kontrollere göre daha düşük bulan çalışmaların sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, sorunun limbik epizodik belleğe ait olmaktan çok, organizasyonel becerilerdeki yetersizlikle ilişki olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır (Tükel R 2012).

Çalışmamızda *görsel-mekansal işlevin* değerlendirildiği ÇYBT puanı ortalamaları açısından OKB’li hastaların sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde düşük puan almış oldukları saptandı. OKB hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı önceki çalışmaların çoğunluğunda bizim çalışmamıza benzer şekilde, görsel mekânsal işlevlerdeki bozukluğun OKB hastalarında daha belirgin olduğu bulunmuştur (Purcell ve ark. 1998, Moritz ve ark., 2005; Abramovitch ve ark., 2011; Tükel ve ark., 2012) . Öte yandan Krishna ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları, görsel mekansal işlevi farklı bir testle değerlendirdikleri çalışmada bizim çalışmamızın aksine OKB hastaları ile sağlıklı kontroller arasında görsel-mekânsal işlevler açısından bir fark saptanmamıştır. Görsel mekansal beceri, kişinin uzayda nesneleri algılayabilme, kullanabilme ve idare edebilme yeteneğini gösterir. Cismin uzayda algılanması sağ heteromodel frontal göz alanında frontal bölgenin işlevi ile ilişkilidir (Karakaş, 2004) . Çizgi yönünü belirleme testinde bozulma da, bu alanda bir bozulma ile ilgili olabilir. Daha önce yapılan çalışmalarda, OKB’de frontal lobda ve frontostriatal döngüde işlev bozukluğu olduğu gösterilmiştir (Saxena ve Rauch, 2000). Bu sebeple görsel mekansal işlevlerdeki bozukluk frontostriatal sistemdeki işlev bozukluğuna bağlı olabilir. Ayrıca görsel mekansal

işlevlerdeki bozukluğun sağ temporoparyetal bölgedeki işlev bozukluğundan da kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir (Kuelz ve ark. 2004). Bu durum, nörobilişsel testlerin uygulamada tek bir bilişsel işlevi değerlendirmek yerine birçok işlevi birlikte ölçmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda *sürdürülebilir dikkat, tepki hızı, dürtüsellik ve görsel tarama stratejilerini* ölçmeye yönelik olarak uygulanan İşaretleme testinde OKB’li hastaların sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede kötü performans gösterdiklerini bulduk. Bu testde düşük performans gösterilmesi, dikkatin bozulmasından, genel bir tepki yavaşlamasından ya da tek yanlı mekan ihmalinden ileri gelebilir (Lezak 1995, Spreen ve ark. 1991). Literatürdeki çalışmalarda OKB hastaları ile sağlıklı kontrollerin dikkat performanslarının İşaretleme Testi ile değerlendirildiği çalışmaya rastlamadık. Yine *dikkati* değerlendirmeye yönelik uygulanan WAIS-R Düz Sayı Dizisi alt testinde OKB hastalarının performansları sağlıklı kontrollere göre daha düşükken, bu farklılık anlamlı düzeye ulaşmadı. OKB hastalarının WAIS-R Sayı dizisi testi performansları, çoğu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde dikkat ve sözel çalışma belleği kontrollerle benzer bulunurken (Akdede ve ark. 2005, Moritz S ve ark. 2002, Hollander E ve ark. 2000, Savage CR ve ark. 1996), aksine yakın zamanda yapılmış bir çalışmada OKB hastalarının WAIS-R Sayı Dizisi Test performansları kontrollerden daha kötü bulunmuştur (Tükel R ve ark. 2012). Tükel ve ark. (2012) çalışmalarındaki farklı sonuçları, kendi örneklemelerinin klinik açıdan homojen olması ve daha önce bu konuda yapılmış çalışmalara göre daha geniş bir grupta yapılmış olmasıyla ilişkilendirmişler.

Araştırmamızda yürütücü işlevlerden *seçici dikkat, planlama, çatışma çözümü-tepki engellenmesi ve bozucu etkiye direncin (enterferans)* belirlenmesinde kullanılan Stroop enterferans testi puanlarında OKB’li hasta grubunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde kötü performans sergilediği saptanmıştır. OKB’li hastaların girici düşünceler gibi içsel ve dışsal uyarınları yeterince inhibe edememelerinin altında bilişsel ve motor inhibisyon güçlüklerinin yatabileceğini akla getirmektedir. Ayrıca OKB’nin klinik belirtilerinden eksitator kortikotalamik ve inhibitör kortiko-striatal-talamik yolaklar arasındaki dengenin bozulmasını sorumlu tutan görüşü (Saxena ve Rauch 2000) desteklemektedir. Yürütücü işlevler kurulumu (set) değiştirme, yanıt inhibisyonu, planlama gibi yüksek düzeydeki bilişsel işlevlere karşılık gelir. Temel bilişsel işlevleri düzenleyen ve bütünleyen yüksek düzeydeki bu işlevler, frontal korteksin bütünlüğüne bağlıdır. OKB’nin fronto-striatal döngüdeki işlev bozukluğu ile ilişkili olduğunu gösteren çeşitli kanıtlar, OKB hastalarında yürütücü işlevlerin öncelikli olarak araştırılmasını gündeme getirmiştir (Kuelz ve ark. 2004). OKB hastalarında,

karmaşık seçici dikkat ve bir yürütücü işlev olarak bozucu etkinin (interference) kontrolünü değerlendiren Stroop görevinde, inhibisyon eksiklikleri olduğu yönünde tutarlı olmayan sonuçlar elde edilmiştir. OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre Stroop görevinde bilişsel inhibisyonun bozulduğuna ilişkin kanıtlar elde eden çalışmalar olduğu gibi (Hartson HJ ve ark. 1999, Penades ve ark. 2005, Aigner ve ark. 2007, Tükel R ve ark. 2012), OKB hastaları ile kontroller arasında farklılık olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Abbruzzese ve ark. 1995, Schmidtke ve ark. 1998, Akdede ve ark. 2005). Yürütücü işlevlerden çalışmalara seçici dikkat, planlama, çatışma çözümü-tepki engellenmesi ve bozucu etkiye direncin (enterferans) Stroop ile değerlendirildiği çalışmalara baktığımızda örneklem büyüklüğü, örneklem homojen olmayışı, psikotrop ilaç kullanımının dışlanmamış olması gibi çelişkili sonuçları açıklayabilir. Yapılan çalışmalarda hastalık şiddetinin farklı olması ya da çalışma esnasında hastalığın remisyon döneminde olması çalışmalar arasında farklılık yaratan diğer bir etken olabilir (Kuelz ve ark. 2004).

OKB’de nöropsikolojik işlev çalışmaları, kimi çelişkili sonuçlara karşın, yürütücü işlevler, motor hız ve görsel mekansal işlevler başta olmak üzere çeşitli bilişsel alanlarda eksikliklerin olduğunu ortaya koymaktadır. OKB hastaları bellek işlevi açısından değerlendirildiğinde, daha yüksek oranda sözel olmayan bellekte bozukluk gösterdikleri gözlenmiştir. OKB’de sözel bellek işlevlerinin değerlendirildiği çalışmalardan ise çelişkili sonuçlar alınmıştır. OKB’de sözel bellek performansını sağlıklı kontrollere göre düşük bulan çalışmalarda, bu durumun, OKB hastalarının yeni bir bilgiyle karşılaştıklarında etkili öğrenme stratejileri kullanmakta zorluk yaşamaları sonucunda, bilgiyi yeterli hatırlayamamaya bağlı olduğu düşünülmektedir. OKB hastalarının sözel ya da sözel olmayan bellek kusurları, limbik mekanizmalarla değil, yetersiz zihinsel esnekliğe ve zayıf planlama yeteneğine sahip olmalarıyla açıklanabilir. Çalışmaların sonuçları, OKB hastalarının bilişsel zorluklarının frontostriatal devrelerdeki işlev bozukluğuna atfedilebileceğini, bu durumun yürütücü işlevlerde ortaya çıkan zayıf performansla ve yürütücü işlevlere ikincil olarak gelişen bellek ve görsel-mekansal becerilerdeki eksikliklerle kendini gösterebileceğini ortaya koymaktadır (Tükel R 2012).

OKB’li hasta ve sağlıklı kontroller arasında bellek, görsel-mekansal işlevler, dikkat ve yürütücü işlevler açısından anlamlı farklılık bulduk. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarının bilişsel işlevlerdeki düşük performansları, frontostriatal döngüdeki disfonksiyonla ilişkili olabilir. Bu bilgi, orbitofrontal ve dorsolateral prefrontal korteks işlevlerini değerlendiren testlerde hastaların düşük performans göstermeleriyle uyumludur. Bu durum, hastaların

yürütücü fonksiyonlarda ve beraberinde bellek ve görsel mekansal işlevlerinde bozulma ile karşımıza çıktığını düşündürmektedir.

OKB tanılı içgörüsü iyi ve içgörüsü az olan hastaların nöropsikolojik test performanslarının değerlendirilmesi

OKB’de içgörü üzerine yapılan araştırmaların çoğunluğu, içgörü farklılığının sosyodemografik, klinik özelliklerle ilişkisi ve içgörünün tedavi yanıtına etkisinin incelenmesi çerçevesinde gerçekleştirilmiştir (Türksoy ve ark. 2002, Ravi Kishore ve ark. 2004, Catapano ve ark. 2010, Jakubovski ve ark. 2011). Ancak, OKB’de içgörünün klinik özellikler ve tedavi yanıtı dışında bilişsel işlevlerin ilişkisini araştıran çok az sayıda çalışma vardır (Kitis A ve ark. 2007, Tümkeya S ve ark. 2009, Kashyap S ve ark. 2012)

Çalışmamızda içgörüsü iyi olan ve içgörüsü az olan hastalar ile sağlıklı kontrollere uygulanan nöropsikolojik testlerin sonuçlarının tümüne bakıldığında içgörüsü iyi olan hastaların işaretleme testi (İHS, YHS ve TTS), WAIS ters sayı dizisi alt testi, ÇYBT puanı ve AVL1 alanlarında, içgörüsü az olan hastaların ise neredeyse tüm alanlarda (WAIS düz sayı dizisi alt testi hariç) sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde kötü performans sergilediği saptandı. İçgörüsü iyi olan ve içgörüsü az olan hastaların nöropsikolojik test sonuçları karşılaştırıldığında ise AVL6, AVL7 ve Tanıma A performansları dışında anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı. Nöropsikolojik testler anlamlı farklılık bulunan ve bulunmayan tüm sonuçlarıyla değerlendirildiğinde hemen hemen tüm alanlarda içgörüsü az olan hasta grubunun hem içgörüsü iyi olan hasta grubuna göre hem de sağlıklı kontrollere göre daha kötü performans gösterdiği saptanmıştır.

Bilişsel işlevlerden *anlık ve uzun süreli bellek ile sözel öğrenmenin* değerlendirildiği İSÖT ve *sözel çalışma belleğinin* değerlendirildiği WAIS-R Ters Sayı Dizisi alt testi sonuçlarına baktığımızda bellekteki bozulmanın içgörüsü az olan hasta grubunda içgörüsü iyi olan hasta grubuna göre daha fazla olduğunu, uzun süreli bellek ve sözel öğrenme alanları dışında iki hasta grubu arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığını bulduk. Buna göre içgörü düzeyi azaldıkça bellekteki bozulmanın arttığını, yeni bilgilerin öğrenilmesinin zorlaştığını söyleyebiliriz. Kitis ve ark.’nın (2007) yaptığı, şizofreni tanılı 23 hasta, OKB tanılı 24 hasta ve 22 sağlıklı kontrol gruplarının bilişsel işlevlerini karşılaştırdığı ve sözel belleğin ve öğrenmenin İSÖT ve çalışma belleğinin WAIS-R Düz Sayı Dizisi testi ile değerlendirildiği içgörünün değerlendirildiği çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde, ADDÖ puanı yüksek/içgörüsü az olan OKB hasta grubunun bellek performansları ADDÖ

puanı düşük/içgörüsü iyi olan hasta grubuna göre kötü bulunmuştur. Araştırmacılar çalışmanın sonucunda, içgörüsü az olan OKB hastalarının şizofreni hastaları ile benzer özellikler gösterdiği, bu yönüyle psikotik özellikli OKB'ye benzeyebileceği ve OKB'nin "şizo-obsesif alttipi" olabileceği değerlendirilmesinde bulunmuştur. Benzer şekilde Tümkiye ve ark. (2009) tarafından yapılan, şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluk eşanlı hastalarda nöropsikolojik işlevlerin ve silik nörolojik belirtilerin araştırıldığı çalışmada şizofreni tanısı alan 30, OKB tanısı alan 43 (içgörüsü iyi olan 30 ve içgörüsü az olan 13) , şizofreni+OKB tanısı alan 16 hasta Sözel Bellek Süreçleri testi ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda içgörüsü az OKB hastalarının sözel bellek süreçleri testlerindeki performanslarının içgörüsü iyi OKB hastalarından daha kötü ve şizofreni hastalarına benzer olduğu bulunmuş. Bu hastalar nöropsikolojik işlevler açısından OKB ile şizofreni arasında yer almışlardır (Tümkiye S ve ark. 2009). Bizim çalışmamızda farklı bir nöropsikolojik test kullanılmış olmasına rağmen çalışmamızın sonuçları bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur. Yakın zamanda Kashyap ve ark. (2012) tarafından yapılan, 150 OKB tanılı hasta ile 177 sağlıklı kontrolün nöropsikolojik testler açısından karşılaştırıldığı çalışmada bellek İSÖT ve Rey Karmaşık Şekil testi (Rey Osterich Complex Figure test) ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada içgörünün değerlendirilmesinde BİDÖ kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda nöropsikolojik testlerde içgörüsü az hastalarda sözel belleğin daha zayıf olduğu belirlenmiştir (Kashyap ve ark. 2012). Bizim bulgularımızla uyumlu olan tüm bu önceki çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde, "içgörüsü az" olan hastaların OKB'den ayrı bir alt tip olabileceği görüşünü desteklemektedir (Kitis ve ark. 2007, Tümkiye ve ark.2009).

Görsel-mekansal işlevler açısından içgörüsü az olan hasta grubunun hem içgörüsü iyi olan hasta grubu hem de sağlıklı kontrollere göre daha kötü performans sergilediği, anlamlı düzeyde farklılığın sadece içgörüsü az olan hastalarla sağlıklı kontroller arasında olduğunu bulduk. Bulgularımıza benzer şekilde Tümkiye ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada görsel bellek WMS-R Görsel Kopyalama alt testi ile değerlendirilmiş, en kötü performansın şizofreni hastalarında gözleendiği, OKB içgörüsü iyi olan hasta grubuna doğru performansın yükseldiği ancak OKB'li içgörüsü az olan hastalar ile içgörüsü iyi olan hastalar arasında anlamlı farklılık saptanmadığı gösterilmiştir. Farklı olarak, Kashyap ve ark.'nın (2012) görsel mekansal işlevleri Bender Gestalt testi ile değerlendirdiği çalışmalarında içgörü azlığı ile görsel mekansal işlevler arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Yine Kitis ve ark.'nın yaptığı çalışmada görsel mekansal işlevler İz Sürme Testi ile değerlendirilmiş ve ADDÖ puanı yüksek/içgörüsü az olan hastalarla ADDÖ puanı düşük/içgörüsü iyi olan hastalar arasında anlamlı farklılık bulunmamış. Bu çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı bir

nöropsikolojik testin kullanılması, psikotrop ilaç kullanımı olan hastaların çalışmaya dahil edilmesi ve örneklemin homojen olmayışı farklı sonuçlar bulmamıza yol açmış olabilir.

Literatürde OKB'li hastalarda içgörü düzeyi ile bilişsel işlevlerin değerlendirildiği sınırlı sayıdaki çalışmalarda *dikkat ile ilgili bilişsel alanların* daha çok Stroop testi, WAIS-R Düz Sayı Dizisi alt testi, WMS Sayı Dizisi Testi ile değerlendirildiği, İşaretleme Testinin kullanıldığı çalışmanın olmadığı görüldü. Çalışmamızda bilişsel işlevlerden *sürdürülebilir dikkat, tepki hızı, dürtüsellik ve görsel tarama stratejilerini* değerlendirmek amacıyla uygulanan İşaretleme Testi puanları açısından sağlıklı kontrol grubundan içgörüsü az olan gruba doğru test performanslarının kötüleştiği, anlamlı düzeyde farklılığın ise içgörüsü az olan hasta grubuyla sağlıklı kontroller arasında olduğu saptanmıştır. Daha önce değinildiği gibi İşaretleme Testi bir sürekli dikkat testi olup, aynı zamanda da görsel tarama, tepki hızı ve aceleci tepkilerin ketlenmesi gibi davranışları ölçer. Bu testte düşük puanlar alınması, dikkatin bozulmasından, genel bir tepki yavaşlamasından ya da tek yanlı mekan ihmalinden ileri gelebilir (Lezak 1995, Spreen ve ark. 1991).

Yine *dikkati* değerlendirmek amacıyla uyguladığımız WAIS-R Düz Sayı Dizisi alt testi puanları açısından içgörüsü az olan hasta grubunun performansı hem içgörüsü iyi olan hasta grubu hem de sağlıklı kontrollere göre daha düşük bulunurken, bu farklılık gruplar arasında anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Literatüre bakıldığında içgörü azlığının dikkat performanslarındaki kötüleşme ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi dikkatin içgörü azlığından etkilenmediğini ileri süren çalışmalar da mevcuttur. Bizim bulgularımızla uyumlu olarak Tümkaya ve ark.'nın yaptığı, OKB (içgörüsü iyi ve içgörüsü az), şizofreni ve şizofreni+OKB tanılı hastaların nöropsikolojik test performanslarının karşılaştırıldığı ve içgörünün ADDÖ ile değerlendirildiği çalışmada dikkat alanında performanslarının içgörüsü az OKB hastalarının içgörüsü iyi OKB ve şizofreni hastalarından anlamlı farklılık göstermediği ancak WAIS-R testinin puanlarına genel olarak bakıldığında, tanı grupları iyi performanstan kötü performansa doğru içgörüsü iyi OKB, içgörüsü az OKB, şizofreni+OKB ve şizofreni şeklinde olduğu bulunmuştur. Kitis ve ark.'nın (2007) yaptığı, bilişsel işlevlerden dikkatin WAIS-R Düz Sayı Dizisi alt testi ile değerlendirildiği çalışmada şizofreni hastalarının hem OKB hastaları hem de sağlıklı kontrollere göre daha kötü performans gösterdiği bulunurken, ADDÖ puanının yüksekliği/içgörünün azalması ile dikkat performanslarındaki kötüleşme arasında herhangi bir ilişki bulunamamış. Kashyap ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada dikkat WMS sayı dizisi alt testi ve Renkli izleme testi ile değerlendirilmiş, içgörü azalması ile test performanslarda kötüleşme arasında ilişki bulunamamış. Kashyap ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarında içgörü düzeyinin bilişsel

işlevlerle olan ilişkisine sadece koralasyon analiziyle bakılmış, OKB içgörüsü iyi/ OKB içgörüsü az / sağlıklı kontroller şeklinde gruplandırılıp karşılaştırma yapılmamış. Bu alanda yapılan sınırlı sayıdaki çalışmaların farklı sonuçları, psikotrop ilaç tedavisi alan hastaların çalışmaya dahil edilmiş olması, içgörüyü değerlendirme araçlarının farklı olması, dikkati değerlendirmede farklı nöropsikolojik testlerin uygulanması, örneklem büyüklüğü ve homojen olmayan örneklemlemlerle çalışılmış olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda yürütücü işlevlerden *seçici dikkat, planlama, çatışma çözümü-tepki engellenmesi ve bozucu etkiye direncin (enterferans)* belirlenmesinde kullandığımız Stroop Enterferans testi puan ortalamalarına bakıldığında içgörüsü az olan hasta grubunun hem içgörüsü iyi olan hasta grubu hem de sağlıklı kontrollere göre kötü performans sergilediği, ancak anlamlı düzeyde farklılığın içgörüsü az olan hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında olduğu saptandı. OKB’de içgörü ile bilişsel işlevlerin ilişkisini araştıran önceki çalışmaların tümünde yürütücü işlevler değerlendirilmiş, içgörü azlığıyla yürütücü işlevlerdeki bozulmanın ilişkili olduğu sonucuna varılmış (Kitis A ve ark. 2007, Tümkaya S ve ark. 2009, Kashyap S ve ark. 2012). Tümkaya ve ark.’nın(2009) OKB (içgörüsü iyi ve içgörüsü az) , Şizofreni, Şizofreni+OKB tanılı hastalarla yaptığı, yürütücü işlevlerin WKET ve İz sürme testi ile değerlendirildiği çalışmalarında az içgörülü OKB hastalarının şizofreni tanılı hasta grubundan yürütücü işlev testlerinden Wisconsin kart eşleme testinde daha iyi performans gösterdikleri, OKB grubundan ise yine yürütücü işlev testlerinden İz sürme testinde daha kötü performans gösterdikleri bulunmuş. Az içgörülü OKB hastaları ile şizofreni+OKB hastaları arasında nöropsikolojik açıdan hiçbir farklılık bulunamamış. Bu çalışmanın sonuçları OKB’ nin bir alt grubu olarak kabul edilen az içgörülü OKB’nin, şizofreni+OKB ile anlamlı hiçbir nöropsikolojik farklılığının olmadığı, Wisconsin kart eşleme testi dışında şizofreniye benzeyen bir nöropsikolojik test profili gösterdiği ve içgörüsü iyi OKB’den özellikle yürütücü işlevler açısından farklılaşma eğiliminde olduğu şeklinde yorumlanmış. Kashyap ve ark. (2012) , 150 OKB ve 177 sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı, yürütücü işlevlerden planlamanın Hanoi Kulesi Testi, kurulumu değiştirmenin Wisconsin Kart Eşleme Testi, çatışma çözümü ve tepki engellenmesinin Stroop Renk-Kelime Testi ile değerlendirildiği çalışmalarında içgörü azalması ile yürütücü işlevlerdeki bozulma arasında ilişki bulunmuş. Kashyap ve ark. bu çalışmanın sonuçlarını önceki çalışmaların sonuçlarıyla da birleştirerek önerdikleri bir model çerçevesinde yorumlamışlar. Buna göre; OKB’de mevcut hakim inançlar çevreden gelen düzeltici bilgiyle karşılaştıklarında içgörüsü iyi olan hastalar gelen düzeltici bilgiden istifade ederek hakim inançlarını değiştirebilirler. Stroop testindeki bozulma içgörüsü az hastaların var olan inançları engelleyememelerinin ya da

düzeltilici bilgiyle karşılaşmanın yarattığı çatışmayı çözememelerinin nedeni olabilir. Böylelikle çevreden gelen ve mevcut inançlarla uyuşmayan düzeltilici bilgiler var olan inançları etkileyememektedir. Farklı olarak Kitis ve ark.'nın yaptığı, 23 OKB tanılı (11 içgörüsü az, 12 içgörüsü iyi), 24 Şizofreni tanılı hasta ve 22 sağlıklı kontrol gruplarının nöropsikolojik olarak karşılaştırıldığı, yürütücü işlevlerin WKET ve İz sürme testiyle değerlendirildiği çalışmalarında şizofreni ve OKB grubu arasında farklılık bulunurken az içgörülü OKB hastaları yürütücü işlevler açısından şizofreni hastaları ile anlamlı farklılık göstermemiştir. Kitis ve arkadaşlarının çalışmasından daha farklı bir sonuca varmamız, içgörüyü değerlendirme araçlarımızın farklı olması, farklı nöropsikolojik bir testin uygulanması, ilaç kullanımının kontrol edilmemiş olması ile ilişkili olabilir.

OKB'de içgörü düzeyi ile bilişsel işlevlerin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda içgörü azaldıkça dikkat, bellek, görsel mekansal işlevler ve yürütücü fonksiyonlardan çatışma çözümü-tepki engellenmesi ve yanıt inhibisyonunda bozulmanın arttığı yönünde bulgular elde edilmiştir. OKB'da içgörünün azalması ile birlikte hastaların hafızalarına duydukları güvensizliğin ve etkili öğrenme stratejilerini kullanmada yetersizliğin daha fazla olduğu, bu durumun hastalarda bilgiyi geri çağırmada yetersizlikle sonuçlanabilir. Sözel bellek bozukluğunun frontostriatal sistemdeki bozukluktan kaynaklandığı göz önünde bulundurulduğunda içgörüsü az olan OKB'li hastalarda frontostriatal sistemdeki bozulmanın daha fazla olduğu şeklinde yorumlanabilir.

OKB hastalarının hepsinin belirtilerini egodistonik buldukları ya da içgörülerinin tam olduğu görüşü değişmektedir. DSM-IV-TR'nin içgörüsü az olan belirleyicisine izin vermesi de bu değişimi yansıtmaktadır. Ancak bu durum klinikte bazı güçlükleri de beraberinde getirmiştir (Gelegen V ve ark. 2013). OKB'de içgörünün var ya da yok şeklinde belirlenmesi uygun değildir. İçgörünün bir yelpaze ya da süreklilik şeklinde anlaşılması gerekir. Bu yelpazenin bir ucunda içgörüsü kusursuz olan hastalar, bir diğer ucunda içgörüsü hiç olmayan hastalar yer alacaktır. DSM-5 obsesyonlar sanrısız düzeyde de olsa OKB tanısının konulabileceğini belirlemiştir (APA 2013). Bu şekilde uzun yıllar psikiyatriye hakim olan obsesyonların sanrılara geçişinin imkansız olduğunu savunan Kraepelin'in bakış açısı tamamen reddedilmektedir (Gelegen V ve ark. 2013). Yapılan çalışmalarda içgörüsü az olan OKB hastalarında nöropsikolojik test performansının şizofren hastalara benzer bir profil sergilemesi de bu görüşü destekler niteliktedir.

Kısıtlılıklar

Çalışmamızın kısıtlılıkları; 1) Entellektüel kapasitenin yalnızca klinik olarak değerlendirilmesi, WAIS-R zeka testi uygulanmamış olması. Ancak biz çalışmamızda, OKB'li hastalarla sağlıklı kontrol grubunu sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) açısından benzer olmasına özen gösterdik. 2) Test bataryasının geniş tutulmaması ve 3) Çalışmaya alınan hastaların belli sosyokültürel düzeydeki toplum kesimine hizmet veren bir üniversite hastanesi olması nedeniyle çalışmaya alınan hastaların tüm toplumu temsil etmekten uzak olmasıydı.

6. SONUÇ

Çalışmamızda daha önce bu amaca yönelik olarak yapılmış sınırlı sayıdaki çalışmadan farklı olarak ilaç kullanımı olan hastaların çalışmaya dahil edilmemiş olması, OKB'li hastaların içgörüsü iyi olan ve içgörüsü az olan şeklinde gruplandırılıp sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmış olması çalışmamızın güçlü yönleri olarak sayılabilir.

İçgörüsü az OKB hastalarının özgül bir nöropsikolojik profil sergilediğinin ortaya konması bu grubun biyolojik ve psikolojik özelliklerinin incelenmesinin ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinin önünü açacağından önemlidir. Sonuç olarak içgörüsü az olan OKB'de nöropsikolojik performansta daha ağır bozulmalar bulunması bu grubun içgörü sorunu olmayan hastalardan farklı nörobiyolojik özellikler gösterdiğini düşündürmektedir. OKB de içgörü ile bilişsel işlevlerin ilişkisini daha iyi anlayabilmek için bu alanda daha kapsamlı nöropsikolojik testlerin kullanıldığı, görüntüleme yöntemleriyle desteklenen ve çok merkezli daha geniş örneklem ile yapılan uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca içgörüsü az olan ya da olmayan hastaların, OKB hastaları içinde klinik, etyolojik, tedavi ve gidiş özellikleri açısından bir alt grup mu ya da başka bir tanı grubu mu olduğunu yapılacak araştırmalar ortaya koyacaktır.

KAYNAKLAR

- Abbruzzese M, Ferr S, Scarone S. Wisconsin Card Sorting Test performance in obsessive compulsive disorder: no evidence for involvement of dorsolateral prefrontal cortex. *Psychiatry Research* 1995;58 (1), 37– 43.
- Abramovitch A, Dar R, Schweiger A, Hermesh H. Neuropsychological Impairments and Their Association with Obsessive-Compulsive Symptom Severity in Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology* 26 (2011) 364–376.
- Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1997;65(1):44.
- Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A., Moore, K. M., & Luenzmann, K. R. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Journal of anxiety disorders*, 17(4), 461-478.
- Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Potentials and Limitations of Cognitive Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* 2005;34(3):140-7.
- Açıkgöz DG. Bellek ve dikkat fonksiyonlarını ölçen nöropsikolojik testlerin faktör yapısının görgül ve istatistiksel yollardan değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1995, Ankara.
- Aigner M, Sachs G, Bruckmüller E, Winklbaier B, Zitterl W, Kryspin-Exner I, et al. Cognitive and emotion recognition deficits in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2007;149(1):121-8.
- Akdede BBK, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Bilişsel İşlevler ve Klinik Bulgular ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(1):13-19.
- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. ve ark. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi* 1996;4: 251-259
- Albano AM, Knox LS, Barlow DH. Obsessive-compulsive disorder. 1995.
- Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N et al. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49(3):305-12.
- Alptekin K, Akvardar Y, Akdede BBK, Dumlu K, Işık D, Pirinçci F, et al. Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2005;29(2):239-44.

- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Üçüncü Baskı (DSM-III). Çeviren Köroęlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1980.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM-III-R). Çeviren Köroęlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1989:144-45.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSMIV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 2000'den çeviren Köroęlu E. Hekimler Yayın Birliği. İkinci Baskı. Ankara,2005:660-71.
- Anderson KE, Savage CR. Cognitive and neurobiological findings in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2004; 27: 37-47.
- Andrade C. Augmenting selective serotonin reuptake inhibitors with clomipramine in obsessive-compulsive disorder: benefits and risks. *The Journal of clinical psychiatry*. 2013;74(12):e1128-33.
- Andrews G, Stewart G., Allen R., Henderson A.S.: The genetics of six neurotic disorders: a twin study, *J. Affect. Disord*; 19: 23-9, 1990.
- Arnold PD, Rosenberg DR, Mundo E, Tharmalingam S, Kennedy JL, Richter MA. Association of a glutamate (NMDA) subunit receptor gene (GRIN2B) with obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Psychopharmacology*. 2004;174(4):530-8.
- Aşkar P, Altun A, Cangöz B, türksoy h, çevik v. Bilgisayar ortamında nöropsikolojik testler: çizgi yönünü belirleme testi.
- Ayçiçeęi A, Dinn WM, Harris C, Erkmen H. Neuropsychological function in obsessive–compulsive disorder: effects of comorbid conditions on task performance. *European Psychiatry* 2003;18 (5):241–248.
- Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994.
- Baxter L.R., Schwartz L.M., Maziotta J.C.: Cerebral glucose metabolic rates in nondepressed obsessive-compulsive, *Am J Psychiatry*; 145: 1560-63, 1987
- Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Mazziotta JC, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1992;49(9):681-9.
- Behar D., Rapoport J.L., Berg C.J.: Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder, *Am J Psychiatry*; 141: 363-6, 1984.
- Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry research*. 2005;136(2):223-31.

- Benton AL, Varney NR, Hamsher KD. Visiospatial judgement: A clinical test. *Archives of Neurology* 1978;35(6):364-7.
- Berardis D, Campanella D, Serroni N et al. Insight and perceived expressed emotion among adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatric Practice*. 2008; 14(3):154-159.
- Berksun OE. *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*. Ankara, Turgut Yayıncılık. 2003.
- Berridge KC, Aldridge JW, Houchard KR ve ark. Sequential super-stereotypy of an instinctive fixed action pattern in hiper-dopaminergic mutant mice: a model of compulsive disorder and Tourette's, *British Medical Biology*; 14(3): 4, 2005.
- Besiroglu L, Uguz F, Mürsel M, Agargün MA, Askın R, Çilli AS. Otojen ve Reaktif Obsesyonlara Sahip Obsesif Kompulsif Hastalarda Psikofarmakolojik Tedaviye Yanıt, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 17: 1-8, 2007.
- Beyazkürk DŞ. Yönetici İşlevler, Frontal Lob ve Demans. *Beyin ve Nöropsikoloji. Temel ve Klinik Bilimler*. Karakaş S,İRkeç C, Yüksel N (Eds). Çizgi Yayıncılık. Ankara, 2003:123-132.
- Bhattacharyya S, Khanna S, Chakrabarty K, Mahadevan A, Christopher R, Shankar S. Anti-brain autoantibodies and altered excitatory neurotransmitters in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*2009;34(12):2489-96.
- Bogetto F, Venturello S, Albert U, Mania G, Ravizza L. Gender related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry* 1999; 14: 434- 41.
- Burdick KE, Robinson DG, Malhotra A, Szeszko PR. Neurocognitive profile analysis in obsessive compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*:2008;14, 640-645.
- Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobia and obsessivecompulsive disorder, 1981.
- Casas M.E., Alvarez P., Duro C. ve ark.: Antiandrogenic treatment of obsessivecompulsive disorder neurosis, *Acta Psychiatr Scand*; 73: 221-222, 1986.
- Catapano, F., Sperandeo, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 34(2), 62-68.
- Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2010;34(2):323-30.
- Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*2005;30(9):1735-40.

- Chamberlain S, Blackwell A, Fineberg N, Robbins T, Sahakian B. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2005;29(3):399-419.
- Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience Biobehavioural Review* 2005; 29:399–419.
- Chamberlain SR, Fineberg N. *The Neurobiology of Obsessive-Compulsive Disorder*. The Oxford Handbook of Cognitive Neuroscience, Volume 2: The Cutting Edges. 2013; 2:463.
- Christensen KL, Kim SW, Dysken W, Hoover KM. Neuropsychological performance in obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 1992; 31:4– 18.
- Clark DA. *Cognitive Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders: A Commentary*, *Cognitive and Behavioral Practice*; 6: 408-415, 1999.
- Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*: Guilford Press; 2004.
- Çilli A.S, Telcioglu M, Askin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey, *Comp. Psychiatry*; 45: 367-374, 2004.
- D'Alcante CC, Diniz JB, Fossaluza V, Batistuzzo MC, Lopes AC, Shavitt RG, et al. Neuropsychological predictors of response to randomized treatment in obsessive–compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2012;39(2):310-7
- De Berardis D, Serroni N, Pizzorno A, Moschetta F, Sepede G, Gambi F, Aiello G, D'Albenzio A, Mancini E, Salerno R. P03-31 Alexithymia and suicide risk among patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry* 2009; 24: S 1030.
- De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A, et al. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive–compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2005;255(5):350-8.
- Deckersbach T, Savage CR, Henin A, Mataix-Cols D, Otto MW, Wilhem S, Rauch SL, Baer L, Jenike MA. Reliability and validity of a scoring system approach in the Complex Figure Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2000;22 (5):640–648.
- Deckersbach T, Savage CR, Dougherty DD, Bohné A, Loh R, Nierenberg A, Sachs G, Rauch SL. Spontaneous and directed application of verbal learning strategies in bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder. *Bipolar disorders* 2005;7(2):166-75.

- Deniz F.: Manisa il Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve ilişkili Etmenlerin Belirlenmesi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi,
- Dickel DE, Veenstra-VanderWeele J, Cox NJ, Wu X, Fischer DJ, Van Etten-Lee M, et al. Association testing of the positional and functional candidate gene SLC1A1/EAAC1 in early-onset obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(7):778-85.
- Doğan O, Gülmez H, Ketenöglü C ve ark.: Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi. 1. Baskı, Sivas. Dilek Matbaası; 1995. syf: 50-52
- Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(1):10-5.
- Eisen JL, Phillips KA., Baer L, Beer DA., Atala KD., Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155:102-108.
- Epir S, İskit Ü. Wechsler Yetişkinler Zeka Ölçeği Türkçe Çevirisinin Ön Analizi ve Üniversite Danışmanlık Merkezlerindeki Uygulama Potansiyeli. *Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 1972;4(2):198-205.
- Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2001;21(5):488-92.
- Eysenck MV. *Anxiety and Cognition: A Unified Theory*. Hove: Psychology Press, 1997; 53-88.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)* American Psychiatric Pres, Washington D.C. 1997.
- Foa E, Steketee G, Ozarow B. Behavior therapy with obsessive-compulsives. *Obsessive-compulsive disorder*. 1985:49-129.
- Foa E.B., Kozak M.J.: DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry*; 152: 90-96, 1995.
- Foa EB, Abramowitz JS, Franklin ME, Kozak MJ. Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*. 1999;30(4):717-24.
- Foa EB, Franklin ME. Obsessive-compulsive disorder. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 2001:209-63.
- Foa EB, Kozak MJ. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995.

- Fontenelle I, Piedade R, Marques C, Menezes GB, Versiani M. Quantitative electroencephalography in obsessive-compulsive disorder: preliminary results. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2000;58(3A):677-82.
- Freeston MH, Ladouceur R. Exposure and response prevention for obsessive thoughts. *Cognitive and Behavioral Practice* 1999;6(4):362-83.
- Galderisi S, Mucci A, Catapano F. Neuropsychological slowness in obsessive-compulsive patients: is it confined to tests involving the fronto-subcortical systems? *British Journal of Psychiatry*, 1995;167:394-398.
- Garvey MA, Giedd J, Swedo SE : PANDAS: the search for environmental triggers of pediatric neuropsychiatric disorders. Lessons from rheumatic fever, *J. Child. Neurol.* ; 13(9): 413-423, 1998
- Gelegen V, Tamam L. Schizo-obsessive disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry* 2013;5(2):204-19.
- Geller D. Obsessive-compulsive disorder. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010.
- Genç-Açıkgöz D, Karakaş S. AVL T'nin Türk diline uyarlanmasına ilişkin bir çalışma. IX Ulusal Psikoloji Kongresi (İstanbul) Türk Psikologlar Derneği, Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü. 1996.
- George MS. Obsessive-compulsive disorder. *International clinical psychopharmacology*. 1991.
- Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:76-84.
- Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A. ve ark.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use and reliability, *Arch. Gen. Psychiatry*; 46: 1006-1011, 1989.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Archives of general psychiatry*. 1989;46(11):1012-6.
- Grayson JB, Foa EB, Steketee G. Obsessive-compulsive disorder. *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. 1985:133-62.
- Greisberg S, McKay D. Neuropsychology of obsessive compulsive disorder: a review and treatment implications. *Clinical Psychology Review* 2003;23: 95–117.
- Greist JH, Jefferson JW. Obsessive-compulsive disorder. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2007;5(3):283-98.

- Greve KW, Ingram F, Bianchini KJ. Latent structure of the Wisconsin Card Sorting Test in a clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 1998; 13: 597-609.
- Gross-Isseroff R, Sasson Y, Voet H, Hendler T, Luca- Haimovici K, Kandel- Sussman H, Zohar J. Alternation learning in obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 1996; 39:733–38.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br. J Med Psychol*. 1959; 32: 50-55
- Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg N. Obsessive-compulsive disorder. *Bmj*. 2006;333(7565):424-9.
- Himle JA, Van Etten ML, Janeck AS, Fischer DJ. Insight as a predictor of treatment outcome in behavioral group treatment for obsessive–compulsive disorder. *Cognitive therapy and research*. 2006;30(5):661-6.
- Hollander E, Cohen LJ. Obsessive-compulsive disorder. 1994.
- Hollander E, Greenwald S, Neville D, Johnson J, Hornig CD, Weissman MM. Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depression and anxiety*. 1996;4(3):111-9.
- Hollander E. Obsessive Compulsive Spectrum Disorders:An Overview. *Psychiatric Annals*. 1993; 23(7): 355-358
- ICD–10. Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması. Öztürk O, Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü. Hekimler Yayın Birliği, 1992.
- Insel TR & Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenological analysis. *Am J Psychiatry*. 1986; 143:1527-1533
- Insel TR. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 1985.
- Işık U, Şener Ş. Obsesif Kompulsif Bozukluk (Bölüm 24). İç: Aysev AS, Taner YI(editörler) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print; 2007. s.507-519
- Jakubovski E, Pittenger C, Torres AR, Fontenelle LF, do Rosario MC, Ferrão YA, et al. Dimensional correlates of poor insight in obsessive–compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2011;35(7):1677-81.
- Jonnal A.H., Gardner C.O., Pressot C.A., Kendler K.S.: Obsessive and Compulsive symptoms in a general population sample of female twins, *Am. J. Med. Genet.*; 96: 791-6, 2000.
- Karakaş S, Erdoğan E, Sak L, SOYSAL AŞ, Ulusoy T, ULUSOY İY, et al. Stroop Testi TBAG Formu: Türk kültürüne standardizasyon çalışmaları, güvenirlik ve geçerlik. *Klinik Psikiyatri*. 1999;2(2):75-88.

- Karakaş S, Erdoğan E, Sak L, Soysal Ş, Ulusoy T, Ulusoy İY, Alkan S. Stroop Testi TBAG Formu: Türk kültürüne standardizasyon çalışmaları, güvenirlik ve geçerlik. Klinik Psikiyatri 1999;2:75-88.
- Karakaş S, Irak M, Ersezgin Ö. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST) ve Stroop Testi TBAG formu puanlarının test içi ve testler-arası ilişkileri. X Ulusal Psikoloji Kongresi Özet Kitabı. 1998;44.
- Karakaş S, Kafadar H. Şizofrenideki bilişsel süreçlerin değerlendirilmesinde nöropsikolojik testler: Bellek ve dikkatin ölçülmesi. Şizofreni dizisi. 1999;2(4):132-52.
- Karakaş S, Kafadar H. Şizofrenideki Bilişsel Süreçlerin Değerlendirilmesinde Nöropsikolojik Testler: Bellek ve Dikkatin Ölçülmesi. Şizofreni Dizini. 1999b;4:132-152.
- Karakaş S. BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler için Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları. Ankara: Dizayn Ofset; 2004.
- Karamustafalıoğlu KO, Üçılık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerlilik-güvenilirlik çalışması. Ulusal Psikiyatri Kongresi özet bildiri kitabı. Bursa 1993.
- Kashyap H, Kumar J, Kandavel T, Reddy YJ. Neuropsychological correlates of insight in obsessive-compulsive disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2012;126(2):106-14.
- Kıvrıkcık B, Alptekin K. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel İşlevler. Demans Dergisi 2003;3: 64-68.
- Kim SJ, Kim CH: The genetic studies of obsessive-compulsive disorder and its future directions, Yonsei Med. J.; 47: 443-454, 2006
- Kitis A, Akdede BBK, Alptekin K, Akvardar Y, Arkar H, Erol A, et al. Cognitive dysfunctions in patients with obsessive-compulsive disorder compared to the patients with schizophrenia patients: relation to overvalued ideas. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2007;31(1):254-61.
- Koran L.M., Pallanti S., Quercioli L.: Sumatriptan, 5-HT1D receptörs and obsessive compulsive disorder, Eur. Neuropsychopharmacol; 11: 169-72, 2001.
- Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy. 1994; 32: 343-353.
- Kozak MJ, Foa EB. Obsessive—Compulsive Disorder. Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders. 1996:65-122.
- Krishna R at all. Neuropsychological performance in OCD: A study in medication-naïve patients. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 2011;35:1969–1976.

- Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological psychology*. 2004;65(3):185-236.
- Lacerda LM, Dalgalarondo P, Caetano D, Camargo EE, Etchebehere EC, Soares JC.: Elevated thalamic and prefrontal regional cerebral blood flow in obsessivecompulsive disorder: a SPECT study, *Psychiatry Res.*; 123:125-34, 2003
- Leckman J.F, Goodman WK, North WG ve ark.: The role of central oxytocin in obsessive-compulsive disorder and related normal behavior, *Psychoneuroendocrinology*; 19: 723-749, 1994.
- Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(7):911-7.
- Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS :Obsessive-compulsive disorder familialdevelopmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences, *Br. J. Psychiatry*; 169: 101-107, 1996.
- Lewin AB, Bergman RL, Peris TS et al. Corralates of insight among youth with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010; 51(5): 603-611.
- Lezak MD. Neuropsychological assesment (3th edition, 1995). New York: Oxford Univ. Pr.
- Lochner C. Cluster analysis of obsessive compulsive spectrum disorders in patients with obsessive compulsive disorder: Clinical and genetic corralates. *Comprehensive Psychiatry*. 2005; 46: 14-19.
- Lucey JV, Burnes CE, Costa DC ve ark.: Wisconsin Card sorting task errors and cerebral blood flow in obsessivecompulsive disorder, *Br. J. Med. Psychology*; 70: 403- 411, 1997.
- Markova IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and obsessive-compulsive disorder: A conceptual analysis. *Psychopathology*. 2009; 42: 277-282.
- Markova IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathology*. 2009;42(5):277-82.
- Martinot JL, Allilaire JF, Mazoyer BM, Hantouche E, Huret JD, Legaut- Demare F, Deslauries AG, Pappata S, Baron JC, Syrota A. Obsessive compulsive disorder: a clinical, neuropsychological and positron emission tomography study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990;82:233– 242.
- Mataix-Cols D, Alonso P, Pifarre J, Menchon JM, Vallejo J. Neuropsychological performance in medicated vs. unmedicated patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2002;109:255-264.

- Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43(2):150-7.
- Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T. A comparative study of clinical features between pure checkers and pure washers categorized using a lifetime symptom rating method. *Psychiatry Research*. 2001; 105:221-229
- Meneses A. 5-HT system and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 1999;23(8):1111-25.
- Miguel E, Leckman J, Rauch S, do Rosario-Campos M, Hounie A, Mercadante M, et al. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular psychiatry*. 2004;10(3):258-75.
- Moritz S, Birkner C, Kloss M, Fricke S, Böthern A, Hand I. Impact of comorbid depressive symptoms on neuropsychological performance in obsessivecompulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*,2001: 110, 653–657.
- Moritz S, Kloss M, Jahn H, Schick M, Hand I. Impact of comorbid depressive symptoms on nonverbal memory and visuospatial performance in obsessivecompulsive disorder. *Cognitive Neuropsychology*. 2003;8(4)261-272.
- Muller J, Roberts JE. Memory and attention in obsessive–compulsive disorder: a review. *Journal of Anxiety Disorders* 2005;19:1-28.
- Nestad G, Samuels JF, Romanoski AJ, Folstein M, McHugh P. Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*1994;89(4):219-24.
- Nestadt G, Samuels JF, Riddle MA, Bienvenu OJ, Liang KY, Grados MA ve ark. Obsessive-compulsive disorder: defining the phenotype. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (suppl. 6): 5-7.
- Neziroğlu F, Mc Kay D, Yaryura-Tobias JA ve ark. The overvalued ideas scale: development, reliability and validityin obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1999; 37: 881-902
- Neziroğlu F, Pinto A, Yaryura Tobias JA, McKay D. Overvalued ideation as a predictor of Fluvoksamine response in patients with obsessive-compulsive disorder. 2004; 125(1): 53-60
- O'Connor K, Aardema F, Bouthillier D, Fournier S, Guay S, Robillard S ve ark.: Evaluation of an inference based approach to treating obsessive-compulsive disorder, *Cognitive Behaviour Therapy*; 34: 148–163, 2005.
- O'Connor KP, Aardema F, Robillard S, Guay S, Pélissier MC, Todorov C ve ark.: Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive–compulsive disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 113: 408-419, 2006.

- Okasha A, Rafaat M, Mahallawy N, Nahas GE, Dawla A, Sayed M, et al. Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;101(4):281-5.
- Özcan T, Kuru E, Şafak Y, Karadere ME, Yavuz KF, Türkçapar MH. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2013;2:25-33.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö., Yıldız M. ve ark.: DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenirlik çalışması, *İlaç ve Tedavi Dergisi*; 12: 233-236, 1999
- Öztürk O, Uluşahin A. Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar, Saplantı-Zorlantı Bozukluğu. İç:Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı. Bölüm XX. Tuna Matbaacılık, Ankara. 2008. s.480-496.
- Penades R, Catalan R, Andres S, Salamero M, Gasto C. Executive function and nonverbal memory in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2005;133:81– 90.
- Pogarell O, Poepperl G, Mulaert C. ve ark: SERT and DAT availabilitie under citalopram treatment in OCD, *European Neuropsychopharmacology*; 15(5): 521-524, 2005.
- Purcell R, Maruff P, Kyrios M, Pantelis C. Cognitive deficits in obsessivecompulsive disorder on tests of frontalstriatal function. *Biological Psychiatry* 1998;43: 348– 357.
- Rachman S, De Silva P. Abnormal and normal obsessions, *Behaviour Research and Therapy*; 16: 233-238, 1978.
- Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1986.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1990.
- Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 1992.
- Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Zwangsstörungen/Obsessive-Compulsive Disorders*. 1992:1-14.
- Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*1994;55:5-10; discussion 1-4.
- Rauch SL, Jenike MA. Neurobiological models of obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics*. 1993;34(1):20-32.
- Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC et al. Clinical characteristics and treatment in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2004; 19:202-208.

- Riggs DS, Foa EB. Obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Handbook Of Personality And Psychopathology*. 1993:169.
- Rosmond R, Dallman M, Bjorntorp P, Udden J, Arner P. Obsessive-Compulsive Disorder. *women*.253:225-31.
- Ruscio A, Stein D, Chiu W, Kessler R. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*. 2008;15(1):53-63.
- Sadock B.J., Sadock V.A.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Ninth Edition, Baltimore, USA, 2003
- Salkovskis P.M.: Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis, *Behaviour Research and Therapy*; 23: 571-583, 1985.
- Salkovskis PM, Kirk J. Obsessive-compulsive disorder. 1997.
- Sampaio AS, Fagerness J, Crane J, Leboyer M, Delorme R, Pauls DL, Stewart SE. Association Between Polymorphisms in GRIK2 Gene and Obsessive-Compulsive Disorder: A Family-Based Study. *CNS neuroscience & therapeutics* 2011;17(3):141-7.
- Savage CR, Baer L, Keuthen NJ, Brown HD, Rauch SL, Jenike MA. Organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*. 1999;45(7):905-16.
- Savage CR, Deckersbach T, Wilhelm AD, Rauch SL, Baer L, Reid T, Jenike MA. Strategic processing and episodic memory impairment in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychology* 2000;14(1): 141–151.
- Saxena S, Bota RG, Brody AL. Brain-behavior relationships in obsessivecompulsive disorder. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 2001;6 (2):82–101.
- Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000;23(3):563-86.
- Sawle G, Hymas N, Lees A, Frackowiak R. Obsessional slowness functional studies with positron emission tomography. *Brain*1991;114(5):2191-202.
- Sayar K., Ugurad I.K., Acar B.: Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 9: 42-147, 1999.
- Schmidtke K, Schorb A, Winkelmann G, Hohagen F. Cognitive frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*. 1998;43(9):666-73.
- Shimshoni Ya, Reuven O, Dar R, Hermesh H. Insight in obsessive-compulsive disorder: A comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2011;42(3):389-96.

- Spren O, Strauss E 1991. A compendium of Neuropsychological tests. New York: Oxford Univ. Pr.
- Stein D.J., Hollander E., Chan S.: Computed tomography and neurological soft signs in obsessive-compulsive disorder, *Psychiatry Res*; 50: 143-50, 1993.
- Stein DJ. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biological psychiatry*. 2000;47(4):296-304.
- Steketee G, Eisen J, Dyck I ve ark. Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 1999; 89:229-238
- Steketee G, Lam J. Obsessive-compulsive disorder. *Handbook of effective psychotherapy*. 1993:253-78.
- Sthal S: Obsesif-kompulsif bozukluk, Panik ve Fobik bozukluklar için ilaç tedavisi; Temel Psikofarmakoloji, Cambridge University Pres, s.337-341, 2000
- Swedo SE, Leonard HL, Garvey M ve ark.: Pediatric Autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS): clinical description of the first 50 cases, *Am. J. Psychiatry*; 155: 264-271, 1998.
- Swedo SE, Leonard HL, Kruesi MJP ve ark.: Cerebrospinal fluid neurochemistry of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder, *Arch Gen Psychiatry*; 49: 29-36, 1992.
- Swedo SE, Schapiro MB, Grady CL, Cheslow DL, Leonard HL, Kumar A, et al. Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1989;46(6):518-23.
- Şahin A. Zeka Testi ve Nöropsikolojik Testlerin Oluşturdukları Faktör Yapılarının İncelenmesi.
- Tallis F, de Silva P. Worry and obsessional symptoms: A correlational analysis, *Behaviour Research and Therapy*; 30: 103-105, 1992.
- Taylor S, Thordarson DS, Söchting I. Obsessive-compulsive disorder. *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. 2002:182-214.
- Tek C, Ulug B, Rezaki BG ve ark. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: Reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 91: 410-413
- Tolin FD, Abramowitz JS, Przeworski A, Foa EB. Thought suppression in obsessive-compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*; 40: 1255-1274, 2002.
- Tumkaya S, Karadag F, Oguzhanoglu NK, Tekkanat C, Varma G, Ozdel O, et al. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder

- with poor insight: a neuropsychological comparison. *Psychiatry research*. 2009;165(1):38-46.
- Turner SM, Michelson L. Obsessive-compulsive disorders. *Behavioral theories and treatment of anxiety*. 1984:239-77.
- Tükel R, Gürvit H, Ertekin BA, Oflaz S, Ertekin E, Baran B, et al. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2012;53(2):167-75.
- Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksut D, Turksoy N. Comorbid conditions in obsessive compulsive disorder. *Comp Psychiatry* 2002; 43:204-209.
- Tükel R, Alkın T. Anksiyete Bozuklukları, Ed: Tükel R, Alkın T Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 298-381, 2006
- Tümkeya S, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK ve ark. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: A neuropsychological comparison. *Psychiatry Research*. 2009; 165: 38-46
- Türksoy N, Tükel R, Özdemir Ö, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2002;16(4):413-23.
- Uguz F, Askin R, Cilli AS, Besiroglu L. Comparison of treatment responses and clinical characteristics of early-onset and late-onset obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2006;10(4):291-6.
- Veale D, Sahakian B, Owen A, Marks I. Specific cognitive deficits in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Psychological medicine*. 1996;26(06):1261-9.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994.
- Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1978; 45:742-747
- Yalçın Ö, Şener Ş, Sarıpınar EG, Soysal AŞ, Güney E, Sarı BA, et al. Çocuk ve Ergen Obsesif-Kompulsif Bozukluk Hastalarının Bilişsel İşlevlerinin Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması: Geniş Katılımlı Nöropsikolojik Bir Çalışma.
- Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998; 9:114-117
- Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update, *J. Clin. Psychiatry*; 65 (14): 18-21, 2004.

EKLER

EK 1 VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK DEĞERLENDİRME FORMU – I (HASTA)

(SCID I E GÖRE İLK KEZ TANI ALMIŞ YA DA ÖNCESİNDE TANI ALMIŞ OLUP OLUP EN AZ 3 AYDIR İLAÇ KULLANMAYAN OKB HASTALARI)

1.VAKA NO:

2.YAŞI:

3.CİNSİYETİ: ERKEK KADIN

4.EĞİTİM SÜRESİ(yıl):

5.MEDENİ DURUMU : EVLİ BEKAR
BOŞANMIŞ

6.ÇOCUK SAYISI :

7.ÇALIŞMA DURUMU : ÇALIŞIYOR ÇALIŞMIYOR

8.KULLANDIĞI EL: SAĞ SOL

9. 9.SİGARA...../ ALKOL..... / HER İKİSİ.....

10.HASTALIK SÜRESİ: ay

11.HOSPİTALİZASYON SAYISI :

SÜRESİ :

12. DAHA ÖNCE İLAÇ TEDAVİSİ EVET HAYIR

ALMIŞSA ALDIĞI İLAÇ-DOZ VE SÜRELERİ

13.İLAÇLARA YANIT VE TEDAVİ UYUMU

14.GEÇMİŞ ÖYKÜDE FİZİKSEL HASTALIK VAR YOK

15.GEÇMİŞ ÖYKÜDE EK PSİKİYATRİK HASTALIK VAR YOK

16.PERİNATAL VEYA NEONATAL OLAY(anne-bebek)

18.ÂİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK

1. derece yakınlar:

2. derece yakınlar

3. Diğer:

19.YB-OCS PUANI (OBSESYON) :

YB-OCS PUANI (KOMPULSİYON) :

20.YB-OCS 11. SORU PUANI :

21.BASKIN OBSESYONLAR (ŞİMDİ/GEÇMİŞTE)

21.BASKIN KOMPULSİYONLAR: (ŞİMDİ/GEÇMİŞTE)

22.BROWN İNANÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ PUANI :

23.HAM-D PUANI :

24.HAM-A PUANI :

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK DEĞERLENDİRME FORMU-II (KONTROL)

1. VAKA NO :

2.YAŞI:

3.CİNSİYETİ: ERKEK KADIN

4.EĞİTİM SÜRESİ(yıl):

5.MEDENİ DURUMU : EVLİ BEKAR
BOŞANMIŞ

6.ÇOCUK SAYISI :

7.ÇALIŞMA DURUMU : ÇALIŞIYOR ÇALIŞMIYOR

8.KULLANDIĞI EL: SAĞ SOL

EK 2 SCID-I /CV OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

F. ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

SCID-CV Puanlama Cetveli

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

F25	<i>Obsesyonlar:</i> (1) yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler <i>Notlar:</i>	? - + F30 aşağıda	F25
F26	(2) sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir <i>Notlar:</i>	? - + F30 aşağıda	F26
F27	(3) kişi bu düşüncelere önem vermemeye ya da bunları baskılamaya ya da etkisizleştirmeye çalışır <i>Notlar:</i>	? - + F30 aşağıda	F27
F28	(4) kişi bunların kendi zihninin bir ürünü olduğunun farkındadır. <i>Notlar:</i>	? - + F30 aşağıda	F28
F29	OBSESİYONLARDAN (1), (2), (3) VE (4) “+”	? - +	F29
F30	<i>Kompulsiyonlar:</i> (1) yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler <i>Notlar:</i>	? - + F33 s, 51	F30

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

F31	(2) davranışlar ya da zihinsel eylemler sıkıntıyı önlemeye ya da azaltmaya yöneliktir <i>Notlar:</i>	? - + F33 aşağıda	F31
F32	KOMPÜLSİYONLARDAN (1) VE (2) “+”	? - +	F32
F33	HEM F29 “+”, HEM DE F32 “+” (yani hem obsesyonlar, hem de kompülsiyonlar bulunur)	? - + F39 s. 52	F33
F34	B. Kişi obsesyonların ya da kompülsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder <i>Notlar:</i>	? - + F39 s. 52	F34
F35	C. Obsesyonlar ya da kompülsiyonlar klinik olarak belirin sıkıntıya neden olur <i>Notlar:</i>	? - + F39 s. 52	F35
F36	D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompülsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir <i>Notlar:</i>	? - + F39 s. 52	F36

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

F37	E. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir (s. 60'ı kontrol ediniz) <i>DİKKAT:</i> Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirmenin "-" olması anlamına gelir <i>Notlar:</i> Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - + F39 aşağıda	F37
F38	OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK A, B, C, D ve E ÖLÇÜTLERİ "+"dır Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____		F38
300.3 Obsesif- Kompulsif Bozukluk			

EK 3 HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	☐
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	☐
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	☐
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	☐
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	☐
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	☐
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	☐
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	☐
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	☐
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	☐
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	☐
11. İNTİHAR	(1-5)	☐
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	☐
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	☐
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	☐
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	☐
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	☐
17. AJİTASYON	(1-5)	☐
TOPLAM		

EK 4 HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

	BİRİNİ İŞARETLEYİN				
	0	1	2	3	4
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, iritabilite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6. DEPRESİF MİZAÇ: İlgı yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. SOMATİK (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. (Duygusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
8. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4
9. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
10. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
11. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menora i, firi idite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
12. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
13. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sızramaları, dilate pupiller, egzofthalmus.	0	1	2	3	4
TOPLAM PUAN	:				
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	:				
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13)	:				
Değerlendiren Dr	:				

EK 5 YALE–BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ	(0-4)	
6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	
7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ	(0-4)	
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	
12. KAÇINMA	(0-4)	
13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ	(0-4)	
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	
TOPLAM PUAN		

EK 6 BROWN İNANÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ ÖLÇEĞİ

1. Son hafta içinde sizin için önemli kaygı oluşturan belirli düşünce veya inançlarınız oldu mu? Bunlardan hangisini en fazla kaygı verici olarak işaretlersiniz? (asıl inanç):

2. Zihninizin aşırı meşgul olduğu/uğraştığı başka bir fikriniz (düşünce veya inanç) var mı ?

Her bir madde için hastayı en iyi şekilde karakterize eden cevabı saptayarak daire içine alın.
Hastanın spesifik inançları sorularla bütünleştirilebilir -- Örneğin “ Kapı kollarına dokunmanın sizi hasta yapacağına ne kadar inanıyordunuz”. Tercihe bağlı sorular parantez içinde belirtilmiştir; görüşmeceye yönelik yönergeler italik olarak yazılmıştır

1. İkna olma

Bu fikirlere veya inançlara ne kadar inanıyordunuz? Fikirlerinizin veya inançlarınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz? (Bu eminliğiniz neye dayanıyor?)

- 0- Kesinlikle bu inançların yanlışlığına inanıyor(%0 emin olma)
- 1- İnançlar doğru değil yada önemli derecede bir şüphe bulunmakta.
- 2- İnançlar doğru olabilir yada olmayabilir veya inançların doğru olup olmadığına karar veremiyor.
- 3- Bu inançların doğru olduğuna oldukça inanmış durumda fakat bir parça şüphe bulunmakta.
- 4- Var olan inançların gerçekliğiyle ilgili tamamıyla ikna olmuş durumda(%100 emin)

2. Diğerlerinin inançla ilgili bakış açıları konusundaki algı

Diğer insanların inançlarınızla ilgili olarak ne düşündüklerini (düşünebileceklerini) düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE]
İnsanların çoğunun inançlarınızı anlamlı buldukları konusunda ne kadar eminsiniz? (*Görüşmeci eğer gerekliyse hastaya bu soruyu cevaplariken diğer insanların dürüst bir şekilde fikrini açıkladığını varsayarak cevaplamasını söylemelidir*)

- 0- İnsanların çoğunun bu inançları gerçek dışı düşündüğü konusunda tamamıyla emindir.
- 1- İnsanların çoğunun bu inançların gerçek dışı olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğer insanlar bu inançların gerçek dışı olduğunu düşünebilirler veya düşünmeyebilirler veya bu inançlara ilişkin diğer insanların bakış açıları konusunda emin değildir.
- 3- Çoğu insanın bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 4- Çoğu insanların bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda tamamen emindir.

3. Farlı bakış açılarının açıklanması

Demıştiniz ki (...1. maddedeki cevabı buraya koyarak....) fakat (2. maddedeki cevabı buraya yaz....) dediniz? [DURUP BEKLE] inançlarınızın doğruluyla ilgili olarak sizin düşündüklerinizle diğer insanların düşündükleri arasındaki farkı nasıl açıklarsınız? (Kimin doğru olması daha muhtemeldir?)

(Görüşmeci eğer 1 ve 2. maddeler verilen cevaplar aynıysa bu soruyu sormamalıdır. Bu durumda 1 ve 2 deki skor ne ise o skoru vermelidir.

- 0- Bu inançların gerçek dışı veya absürd olduğu konusunda tamamiyle emindir. (ör. Zihnim bana oyun oynuyor.)
- 1- Bu inançların gerçek dışı olduğu konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğerlerinin neden onunla aynı fikirde olmadığı konusunda emin değildir.— inançlar gerçek dışı olabilir veya diğerleri yanılıyor olabilir.
- 3- İnançların doğru olduğu konusunda oldukça emindir; diğerlerinin bakış açıları daha az doğrudur.
- 4- İnançların doğru olduğu konusunda tamamiyle emindir; diğerlerinin inançları yanlıştır doğru değildir.

4. Fikirlerin sabitliği

Eğer inançlarınızın doğruluğunu sorgularsam (veya karşı çıkarsam) tepkiniz ne olur? [DURUP BEKLE] Sizi yanıldığınıza ikna edebilir miyim? (Eğer gerekliyse hastayı yüzleştirmeyen bir örnek veriniz.) (Hastanın ikna edilip edilemeyeceğini esas alarak derecelendirin. Onun kendisinin ikna edilip edilmemesi konusundaki arzusunu dikkate almayın.)

- 0- İnançların yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya istekli; bu olasılıkla ilgili olarak herhangi bir hoşnutsuzluk sergilemiyor.
- 1- İnancın yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya kolaylıkla istekli arzulu; buna olan hoşnutsuzluğu/isteksizliği minimal.
- 2- Bir şekilde inançların yanlış olabileceği olasılığını dikkate almaya istekli fakat orta derecede direnç var.
- 3- Çok açık bir şekilde inancın yanlış olabileceğini dikkate alma konusunda isteksiz; isteksizlik/hosnutsuzluk belirgin.
- 4- İnancın yanlış olabileceği olasılığını dikkate alma konusunu dikkate almayı kesinlikle reddediyor—Ör: inanç sabit.

5. Fikri yanlışlama girişimleri

İnançlarınızın yanlışlığını kanıtlamaya veya reddetmeye ne kadar aktif bir biçimde çalışıyorsunuz.? İnançlarınızın yanlış olabileceğine kendinizi ikna etmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?

(Görüşmeci hastanın kendisini bu inançtan kurtarmaya dönük çabalarını derecelendirmelidir. Bu düşünce veya fikirleri zihninden atmaya dönük veya başka bir şey düşünmeye dönük girişimlerini dikkate almamalıdır.)

- 0- Bu inancın yanlışlığını hep kanıtlamaya çalışıyor veya inançlar yanlış olduğu için böyle bir kanıtlama çabasına gerek duymuyor.
- 1- Genellikle bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor
- 2- Bazen bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 3- Nadiren bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 4- İnançların yanlışlığını kanıtlamak için her hangi bir girişimde bulunmuyor.

6. İçgörü

Bu inançlara neyin yol açtığını düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] Bunların psikiyatrik veya psikolojik her hangi bir nedeni olabilir mi veya bunlar gerçekten doğru mu?

(Görüşmeci hastanın gerçekten inanıp inanmadığı konusunda karar vermelidir. Ona söyleneni veya gerçek olmasını umduğu şeyi değil. Psikolojik etyoloji psikiyatrik hastalıkla eşdeğer olarak görülmelidir.)

(Düşüncelerin abartılı olduğunun bilinmesi—örneğin çok zaman aldığının- veya hasta için sorun oluşturduğunun bilinmesi psikiyatrik veya psikolojik etyolojiyle aynı şeymiş gibi değerlendirilmemelidir. Bunun yerine hastanın bu inançlarının psikiyatrik veya psikolojik kaynağı

veya nedeni olduğu konusundaki farkındalığını derecelendirin.)

- 0- İnançların kesinlikle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 1- İnançların büyük ihtimalle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 2- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni olma olasılığı var.
- 3- Muhtemelen inançların psikiyatrik veya psikolojik nedeni yok.
- 4- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni kesinlikle yok.

TOPLAM BABS SKORU =1 DEN 6'YA KADAR OLAN SORULARIN TOPLAMI

EK MADDE (toplam puana katmayınız)

7. referans fikirleri veya hezeyanları

İnancınız yüzünden insanların sizinle ilgili konuştukları veya size dikkat ettikleri oluyor mu? OPSİYONEL: (inancını yazın) çevreden özel mesajlar aldığınız oluyor mu? (Bundan ne kadar eminsiniz?)

(Bu soru sadece BABS görüşmecisi tarafından değerlendirilen inançlarla ilgilidir— değerlendirilen inançla alakasız bir nedenle kendisine dikkat edildiğini düşünüyorsa bununla ilgili değil. Görüşmeci bu soruyu cevaplarken

*gözlenebilir eylem veya kompulsiyonları değil,
bunun yerine temel inancı puanlamalıdır.)*

- 0- Hayır, diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat etmiyorlar.
- 1- Diğerleri muhtemelen bana özel bir dikkat göstermiyorlar.
- 2- Diğerleri bana özel bir dikkat gösteriyor da olabilir göstermiyor da olabilir.
- 3- Diğerleri muhtemelen bana özellikle dikkat ediyor.
- 4- Diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat ediyor.

EK 7 ONAM FORMU

“Obsesif Kompulsif Bozuklukta İlgörü ile Bilişsel Fonksiyonların İlişkisi” uzmanlık tez çalışması yürütmekteyiz. Sizin de bu tez çalışmasına katılmanızı talep ediyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz bu belgeyi imzalayınız.

Obsesif kompulsif bozukluk sık görülen ,yaşam kalitesini bozan ve verimliliği düşüren psikiyatrik bir bozukluktur.Ancak hastaların önemli bölümü bir psikiyatrik tedavi almaz. Bu çalışmaya katıldığınızda Obsesif kompulsif bozukluk olup olmadığı ve tedavi almaya ihtiyacınız olup olmadığını öğrenmiş olacaksınız. Bu çalışma nedeniyle size klinik psikiyatrik görüşme ve bazı psikolojik testler uygulanacaktır, size herhangi bir ek tıbbi girişim olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size yaklaşık 20-30 dk kadar süren bir klinik görüşme ve ayrıca 45-60 dk kadar süren bazı psikolojik testler uygulanacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz. Katılmayı kabul etmemeniz, ileride ihtiyaç duyduğunuzda psikiyatrik vb tıbbi hizmetleri almanızı olumsuz yönde etkilemeyecektir. Araştırmaya katıldıktan sonra, istediğiniz zaman hiç bir sebep öne sürme zorunluluğunuz olmadan çekilebilirsiniz. Bu durum da gerektiğinde tıbbi tedavinizin yürütülmesini olumsuz etkilemeyecektir. Ancak çalışmadan çekildiğinizi bize bildirmeniz ve eğer mümkünse çalışmayı tamamlamanız araştırmamızda iyi ve güvenilir sonuçlar elde etmemiz için daha iyi olacaktır.

Araştırmadan elde edilen veriler araştırmayı yapan kamu birimleri tarafından kullanılabilecektir. Ancak bu sırada hiçbir şekilde kimlik ve diğer şahsi bilgiler açığa vurulmayacak, bu konuda gizlilik esas tutulacaktır.

Doktor Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

İmza: