



T.C
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL PROF.DR.MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ

OKB VE DEPRESYON KOMORBİDİTESİNDE OBSESİF **İNANIŞLARIN ROLÜ**

Dr. Buręhan SÖZER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2017



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

OKB VE DEPRESYON KOMORBİDİTESİNDE OBSESİF İNANIşLARIN ROLÜ

Dr. Burçhan SÖZER

Tez Danışmanı: Uz. Dr. Ayşe Gül KART

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2017

I. TEŞEKKÜR

Sağladığı çalışma ortamı için, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum hastanemizin Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKİRAN'a;

Beraber çalışma fırsatı yakaladığım için kendimi şanslı hissettiğim, kendisini tanımakla övündüğüm, her anlamda kendime örnek aldığım, uzmanlık eğitimim süresince desteğini esirgemeyen, değerli klinik şefim Uz. Dr. Şahap Nurettin ERKOÇ'a,

Tez sürecimin başlangıcından itibaren her aşamada desteğini hissettiğim, sıkıştığım her noktada deneyimleri ile yol gösteren, tezimi tamamlamamda büyük katkıları olan, tez danışmanım Uz. Dr. Ayşe Gül KART'a,

Uzmanlık eğitimim süresince üzerimde çok emeği olan, bilgi ve deneyimlerini içtenlikle paylaşan değerli uzmanlarım Uz. Dr. Melih ÖZEREN, Uz. Dr. Tuna Güzide YENER ÖRÜM, Uz. Dr. Başak TÜZÜN MUTLUER, Uz. Dr. Ayşegül ERMİŞ ve Uz. Dr. Ersin UYGUN'a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocalarım rahmetli Uz. Dr. Nezih ERADAMLAR, Doç. Dr. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Umut Mert AKSOY, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Hayrunisa Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Tezimin istatistik analizlerini yapmamda yardımları ile önemli katkılar veren Uz. Dr. Melike YAVUZ'a,

Birlikte çalışmaktan her zaman keyif aldığım, bana çalışma ortamının yanısıra bir aile ortamı da sunan 2. Psikiyatri birimi asistan hekimleri, hemşireleri ve personellerine,

İsimlerini saymakla bitiremeyeceğim; beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum, tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim, mesleğimizi ve araştırmalarımızı anlamlı kılan hastalarımıza,

Bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan değerli aileme,

Tez sürecimin her aşamasında ilgi, destek ve sabrını eksik etmeyen değerli eşim Dr. Mine'ye

Sonsuz teşekkürlerimle...

Dr. Burçhan SÖZER

İstanbul, 2017

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER.....	ii
III. ÖZET	v
IV. ABSTRACT	vi
V. KISALTMALAR	vii
VI. TABLO LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. TANIM.....	4
2.2. TARİHÇE	4
2.3. TANI VE SINIFLANDIRMA.....	5
2.3.1.Belirleyiciler.....	7
2.4. KLİNİK GÖRÜNÜM, GİDİŞ VE SONLANIM.....	8
2.5. OKB’de BELİRTİ BOYUTLARI	10
2.6. EPİDEMİYOLOJİ	11
2.7. ETİYOLOJİ.....	11
2.7.1.Genetik Etkenler.....	11
2.7.1.1. Aile Çalışmaları.....	11
2.7.1.2. Gen Araştırmaları	12
2.7.2.Biyolojik Etkenler	12
2.7.3.Psikanalitik Teoriler	13
2.7.4.Davranışçı Teoriler	14
2.7.5.Bilişsel Teoriler	15
2.8. OBSESİF İNANISLAR	17
2.8.1.Sorumluluk / Tehlike Beklentisi	17

2.8.2.Mükemmeliyetçilik / Kesinlik	18
2.8.3.Önem Verme – Düşünceleri Kontrol Etme.....	19
2.9. KOMORBİDİTE	20
2.9.1.OKB ve MDB Komorbiditesi	20
2.9.2.OKB’nin Sıklıkla Eşlik Eden Başka Bozukluklar.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. ÇALIŞMA EVRENİ.....	25
3.2. TANI ARAÇLARI VE ÖLÇEKLER.....	26
3.2.1.Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	26
3.2.2.Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)	26
3.2.3.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	26
3.2.4.Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	27
3.2.5.Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ)	27
3.3. İSTATİKSEL ANALİZ	27
4. BULGULAR	29
4.1. HASTA GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILAŞTIRILMASI.....	29
4.2. HASTA GRUPLARININ KLİNİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILAŞTIRILMASI	31
4.3. HASTA VE KONTROL GRUBUNUN ÖLÇEKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILAŞTIRILMASI.....	37
4.4. HASTA GRUPLARININ OBSESİF İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILAŞTIRILMASI.....	45
4.5. OBSESİF İNANIŞLARIN DİĞER ÖLÇEKLERLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	47
4.6. DEPRESİF BULGULARI YORDAYAN ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	49
5. TARTIŞMA	51
5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	51
5.2. KLİNİK ÖZELLİKLER.....	52
5.3. HASTA GRUPLARININ ÖLÇEKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ	55

5.4. HASTA GRUPLARININ OBSESİF İNANISLAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	59
5.5. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	62
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	65
7. KAYNAKLAR.....	66
8. ÖZGEÇMİŞ.....	78
9. EKLER.....	80
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI	80
EK 2 - SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU.....	81
EK 3 - BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	82
EK 4 - BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	84
EK 5 - BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	87
EK 6 - YALE – BROWN OBSESİYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ	88
EK 7 - OBSESİF İNANISLAR ÖLÇEĞİ	98

III. ÖZET

OKB DEPRESYON KOMORBİDİTESİNDE OBSESİF İNANIŞLARIN ROLÜ

Dr. Burçhan SÖZER

AMAÇ: Bu araştırmada obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve depresyon komorbiditesinde obsesif inanışların rolünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

METOD: Kesitsel tipteki bu çalışmaya, depresyon komorbiditesi bulunan elli ve bulunmayan elli olmak üzere toplamda yüz OKB hastası dahil edildi. Psikiyatrik Tanılar Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci baskı (DSM – 5) tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşmelerle konuldu. Hastaların değerlendirilmesinde Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ) kullanıldı.

BULGULAR: Depresyon komorbiditesi olan hastaların BDÖ puanlarının daha yüksek, içgörülerinin ise daha zayıf olduğu belirlenmiştir. BAÖ, YBOKÖ, OIÖ puanları ve obsesyon – kompulsiyon tipleri açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. OIÖ toplam ve alt ölçek puanlarının BDÖ ve BAÖ puanları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bağıntı gösterdiği belirlenmiştir. BDÖ puanlarıyla bağıntılı olduğu gözlenen değişkenler regresyon analizi ile değerlendirildiğinde BAÖ, YBOKÖ ve OIÖ sorumluluk / tehlike beklentisi alt ölçeği puanlarının depresif bulguları yordadığı belirlenmiştir.

SONUÇ: OKB ve depresyon komorbiditesi obsesif inanışların bir alt grubu olan sorumluluk / tehlike beklentisiyle ilişkili olabilir. Anksiyete düzeyi depresyon komorbiditesiyle önemli derecede ilişkili bir başka değişken olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, OKB, Depresyon, Komorbidite, Obsesif İnanışlar

İletişim Adresi: burchansozzer@gmail.com

IV. ABSTRACT

THE ROLE OF OBSESSIVE BELIEFS IN OCD AND DEPRESSION COMORBIDITY

Dr. Burçhan SÖZER

OBJECTIVE: In this study, it was aimed to evaluate the role of obsessive beliefs in comorbidity of obsessive compulsive disorder (OCD) and depression.

METHOD: Fifty OCD patients with depression comorbidity and fifty patients without depression comorbidity, a total of one hundred OCD patients, were included in this cross – sectional study. Psychiatric diagnoses were made with clinical interviews based on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM – 5) diagnostic criteria. Sociodemographic and clinical data form, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) and Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) were used for evaluation of patients.

RESULTS: Patients with comorbid depression were found to have higher BDI scores and poor insights. There were no differences between the groups in terms of BAI, YBOCS, OBQ scores and obsession - compulsion types. It was determined that total and subscale scores of OBQ showed a statistically significant correlation with BDI and BAI scores. When the variables correlated with the BDI scores were evaluated by the regression analysis, it was determined that BAI, YBOCS and responsibility / threat estimation subscale scores of OBQ predicted BDI scores.

CONCLUSION: OCD Depression comorbidity may be related to responsibility / threat estimation, one of the belief domains of OBQ. The level of anxiety emerges as an important variable associated with depression comorbidity.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, OCD, Depression, Comorbidity,
Obsessive Beliefs

Contact Address: burchansozer@gmail.com

V. KISALTMALAR

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapiler
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
İDYE	: İstemdışı düşünceleri yorumlama envanteri
MDB	: Yeğin (Majör) Depresif Bozukluk
MTÖ	: Maruziyet Tepki Önleme
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKB + MDB	: OKB'nin yanısıra halen MDB tanısı alan ya da daha önce MDB geçirmiş hastalardan oluşan OKB hasta grubu
OKB – MDB	: Hiç MDB geçirmemiş OKB hastalarından oluşan hasta grubu
OiÖ	: Obsesif İnanışlar Ölçeği
OiÖ – MK	: Obsesif İnanışlar Ölçeği, Mükemmeliyetçilik / Kesinlik Alt Ölçeği
OiÖ – ÖV	: Obsesif İnanışlar Ölçeği, Önem Verme / Düşünceleri Kontrol Etme Alt Ölçeği
OiÖ – ST	: Obsesif İnanışlar Ölçeği, Sorumluluk / Tehlike Beklentisi Alt Ölçeği
SGİ	: Serotonin Gerilim İnhibitörleri
YBOKÖ	: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: DSM 5' te tanımlanan obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar	6
Tablo 2: DSM - 5 obsesif kompulsif bozukluk tanı ölçütleri.....	7
Tablo 3: DSM - 5'te tanımlanan obsesif kompulsif bozukluk için belirleyiciler	8
Tablo 4: Obsesyon ve kompulsiyonların yaşamboyu prevalansları	8
Tablo 5: OKB'de belirti boyutları.....	11
Tablo 6: OKB + MDB ve OKB – MDB hasta gruplarının cinsiyet ve yaş durumu.	29
Tablo 7: Hasta gruplarının sosyodemografik bilgileri	31
Tablo 8: Hasta gruplarının komorbid psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmesi.....	32
Tablo 9: Hasta gruplarının genel klinik verilerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması	35
Tablo 10: Hasta gruplarının Sigara ve Alkol Kullanım Bilgileri	36
Tablo 11: Hasta gruplarının intihar girişimlerine ilişkin bilgiler.....	37
Tablo 12: OKB + MDB ve OKB – MDB hasta gruplarının BDÖ, BAÖ ve YBOKÖ açısından karşılaştırılması.....	38
Tablo 13: Halen MDB olan, Daha Önce MDB geçirmiş ve Hiç MDB geçirmemiş hasta gruplarının BAÖ ve YBOKÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması..	39
Tablo 14: Hasta Gruplarının İçgörü ve Kaçınma Düzeylerine İlişkin Bilgiler	40
Tablo 15: Hasta gruplarının Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Belirti Kontrol Listesi ile Değerlendirilmesi.....	44
Tablo 16: OKB + MDB ve OKB – MDB Hasta Gruplarının Obsesif İnanışlar Ölçeği Açısından Karşılaştırılması	46
Tablo 17: Üç Hasta Grubunun Obsesif İnanışlar Ölçeği Açısından Karşılaştırılması...	46
Tablo 18: Hasta Grubunun OİÖ toplam ve alt ölçek puanları ile kullanılan diğer ölçeklerin korelasyon analizleri	48
Tablo 19: BDÖ'nin diğer ölçüm araçları ile korelasyonları.....	49
Tablo 20: BDÖ puanlarını yordayan değişkenler	50

1. GİRİŞ VE AMAÇ

OKB; obsesyonlar ve kompulsyonların varlığı ile tanımlı, kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini yüksek oranda bozan, yaşam kalitesinde düşmeye yol açan, genellikle kronik seyir gösteren bir bozukluktur (1). Yaşam boyu prevalansının %2,3, 12 aylık prevalansının ise %1,2 olduğu saptanmıştır (2). Hem serotonin geri alım inhibitörleri (SGİ) hem de bilişsel davranışçı terapiler (BDT) OKB’de etkinliği gösterilmiş tedavi yöntemleridir (3).

Hem klinik örneklerde, hem de toplum temelli çalışmalarda OKB’ye başka psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda eşlik ettiği gösterilmiştir (4,5). Klinik örneklerde %92’ye varan komordite oranları bildirilmiştir (6). Komorbidite gözlenen hastalarda OKB daha şiddetli seyretmekte, sıklıkla kronikleşmektedir (7,8).

Örneklem seçimi ve çalışma yöntemine göre oranları değişmekle birlikte pek çok çalışmada OKB’ye en sık depresif bozuklukların eşlik ettiği saptanmıştır (9). MDB en az iki hafta süren çökkün duygudurum ya da hemen tüm etkinliklere karşı ilgi yitimi veya bunlardan zevk alamamaya eşlik eden biliş, uyku – yeme – cinsel alan gibi nörovejetatif işlevlerde bozulmalar, değersizlik – suçluluk veya intihar düşünceleri ile belirli bir tablodur (10). Kesitsel olarak bakıldığında OKB hastalarının üçte biri MDB eş tanısı almakta, üçte ikisi ise hayatlarının herhangi bir döneminde MDB geçirmektedir (5,6,11). Ayrıca MDB tanı ölçütleri karşılanmayan ancak depresif yakınmaları olan pek çok OKB hastası bulunmaktadır (12).

Komorbid MDB varlığında hem OKB hem de anksiyete bulguları daha şiddetli seyreder, ilaç tedavileri ve BDT’ye yanıt azalır, tedaviyi yarıda bırakma oranları artar (13–18). OKB’de depresif bulgular yüksek düzeyde kaçınmalar, zayıf içgörü ve intihar oranlarının artışı ile ilişkilidir (15,19,20). OKB ve MDB komorbiditesinde anksiyete bozuklukları gibi başka bozuklukların görülme sıklığı artar (21).

OKB malûliyeteye yol açan en önemli hastalıklardan biridir (22). OKB’de işlevsellik kaybının önemli nedenlerinden biri depresif bulgulardır (23). MDB komorbiditesinde yaşam kalitesi de azalmaktadır (24). MDB komorbiditesi sık görülen, daha ağır seyirli bir alt hasta grubunu oluşturmaktadır.

Bilişsel kurama göre OKB “intrüzyonlar” ile başlayan bir süreç sonunda gelişir. Hemen herkesin aklına istenmeyen intrüzif düşünceler ya da görüntülerin geldiği, çeşitli istenmeyen dürtüler hissettikleri gösterilmiştir (25,26). OKB hastası olmayan bireyler istemsiz intrüzyonlara dair herhangi bir yorumda bulunmaz, intrüzyonların anlamsız olduğunun farkındadır. OKB hastaları ise bu intrüzyonları hatalı şekilde yüksek derecede önemli, tehdit edici, baskılanması gereken durumlar olarak değerlendirir. İntrüzyonların hatalı değerlendirilmesi kaygıyı beraberinde getirir. Kaygıyı azaltmak için ise kompulsif davranışlar ya da kaçınmalarda bulunulur. Ancak bu davranışlar kaygıyı geçici olarak azaltsa da intrüzif düşüncelerin önemliliği, tehlikeliliği gibi hatalı değerlendirmeleri besler, sonuçta bir kısır döngü oluşur. OKB tedavisine yönelik geliştirilen bilişsel davranışçı terapi (BDT) yaklaşımları bu modeli temel alır (27).

Beck’in psikiyatrik bozukluklar için yaptığı formülasyona göre hatalı değerlendirmeler, altta yatan, işlevsel olmayan inançlar temelinde yapılır. Benzer işlevsel olmayan inançlar birleşerek ruhsal bozuklukla ilişkili bilişsel şemaları oluşturur (28). OKB ile ilişkili olarak sorumluluk, belirsizliğe tahammülsüzlük, abartılı tehdit algısı, mükemmeliyetçilik gibi çeşitli inanışların, şemaların hatalı değerlendirmelere zemin hazırladığı gösterilmiştir (29–31). Farklı şemaları değerlendirmeye yönelik yönelik çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir. Konunun uzmanlarından oluşan uluslararası bir çalışma grubu tarafından OKB etiyolojisinde rol oynadığı düşünülen tüm önemli bilişsel yapıların birlikte ölçülebilmesi amacıyla “Obsesif İnanışlar Ölçeği” (OIÖ) geliştirilmiştir. OIÖ ile obsesif inanışlar olarak da tanımlanan bu bilişsel şemalar; sorumluluk / tehlike beklentisi, mükemmeliyetçilik / kesinlik, önem verme / düşünceleri kontrol etme şeklinde üç başlık altında toplanmıştır (32).

OKB bulgularının obsesif inanışlarla ilişkisi çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (33,34). OIÖ alt ölçekleri farklı OKB belirtileri ve belirti boyutlarıyla ilişkilidir (35–

37). BDT ve Maruziyet Tepki Önleme (MTÖ) ile yapılan izlem çalışmalarında obsesif inanışlardaki değişimin OKB bulgularında düzelmeye yol açtığı belirlenmiştir (38,39). Mükemmeliyetçilik / kesinlik inanışları ilaç tedavisi direnciyle ilişkili bulunmuştur (40). İkiz çalışmalarında obsesif inanışların önemli ölçüde kalıtsallık gösterebileceği belirlenmiştir (41). Ayrıca sorumluluk / tehlike beklentisi inanışları COMT ve BDNF genleriyle ilişkili bulunmuştur (42). OİÖ geçerliği kanıtlanmış, OKB ile ilişkili bilişsel şemaları ölçme ve takip etmede en sık kullanılan araçlardan biri olmuştur.

Obsesif inanışlar OKB'ye özgü değildir, OKB'nin yanısıra MDB ve çeşitli anksiyete bozukluklarıyla da ilişkili bulunmuştur (43,44). OKB ve MDB komorbiditesi hastalık bulgularının şiddeti, baskın obsesyon ve kompulsiyonların tipi, tedavi yanıtı, yaşam kalitesi gibi pek çok açıdan incelenmiştir, ancak doğrudan bilişsel özellikleri değerlendiren çalışmalar son derece sınırlıdır (15,16,21,24). Yine de ortak bilişsel etmenlerin komorbiditede rol oynayabileceği öne sürülmüştür (45,46).

Bu çalışmanın amacı; OKB gelişiminde rol oynadığı kanıtlanmış olan obsesif inanışların; OKB ve MDB komorbiditesi görülen ve görülmeyen hastalarda farklılık gösterip göstermediğini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TANIM

OKB obsesyonlar ve / veya kompulsiyonlarla tanımlı, sosyal ve mesleki işlevsellikte önemli kayıplara yol açan, genellikle kronik seyir gösteren bir bozukluktur (1).

2.2. TARİHÇE

OKB tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. Tarih öncesi dönemde Babil yazıtlarında obsesif – kompulsif semptomların tarifleri bulunmuştur (47). Obsesif bulguların dini bir bağlamda değerlendirildiğine dair 17. yüzyıldan kayıtlar mevcuttur (48). Shakespeare'in Machbet'i OKB'nin ilk kurgusal temsilidir. Lady Machbet'in yönlendirmesi ile Kral Duncan öldürülür, sonrasında Lady Machbet'te el yıkama hastalığı başlar. Lady Machbet belki de suçluluk hissinden kurtulmak için ellerini tekrar tekrar yıkar; "Arabistan'ın bütün kokulu sabunları getirilse bu elin kirleri temizlenemez" der (49).

OKB'nin tıbbi bir hastalık olarak ilk tanımlanması 19. yüzyılın başlarında Jean E. D. Esquirol (1772 - 1840) tarafından yapılmıştır. Esquirol başka kişilere ve belli bazı nesnelere dokunmaya korkan bu nedenle temastan mümkün olduğunca kaçınan bununla birlikte davranışlarının acayipliklerinin, kaygılarının orantısızlığının farkında olup yok sayamayan bir vakasını anlatmış. Hastanın sıkıntı verici korku ve davranışlarının bir hastalıkla ilgili olduğunun farkında olması nedeniyle bu tabloyu "monomanie sans délire" (delilik içermeyen monomani) ismiyle tanımlamış (50).

Bénédict Morel (1809 – 1873) obsesyon ve kompulsiyonlara eşlik eden yoğun anksiyeteye vurgu yapmış, OKB'yi "délire émotif" başlığı altında incelemiştir. Morel "obsesyon" terimini ilk kullanan kişi olmuştur (51). Literatürdeki ilk tam tarif ise Jean-Pierre Falret (1794 – 1870) tarafından yapılmıştır. Annales

médicopsychologiques (1866) makalesinde obsesif düşünceleri ve kompulsif davranışları, hastalığın tamamen farkında olma ancak kaçınamamaya yönelik doğasını açıkça belirtmiştir. Richard von Krafft-Ebing (1840 - 1902) obsesyon ve kompulsiyonları bir başka hastalığa ikincil bir bulgu olarak tanımlamayan, ayrı özgün bir hastalık olarak tanımlayan ilk kişi olmuştur (52).

20. yüzyılın başlarında Pierre Janet (1859 – 1947) obsesyon, kompulsiyon ve fobileri “psikastenî” başlığı altında toplarken, Freud bu bulguların farklı nedenlerle geliştiğini görerek ayrı başlıklar altında incelemiştir (49). Klasik psikanalitik kurama göre, OKB “obsesif kompulsif nevroz olarak adlandırılır; çeşitli nedenlerle biri olan psikoseksüel gelişim evrelerinden ödipal dönemden anal döneme gerilemeyle açıklanır (53).

DSM serisinin ilk baskısında (1952) bulgular şimdi de alışık olunduğu üzere “obsesif kompulsif” olarak adlandırılmakla birlikte Meyeryen yaklaşımla bir “reaksiyon” olarak tanımlanmıştır (Obsesif Kompulsif Reaksiyon). DSM – II (1968) ve DSM – III’te (1980) tanımlamanın özü değişmemekle birlikte bulgular ikinci baskıda “nevroz”, üçüncü baskıda ise “bozukluk” olarak adlandırılmıştır. Üçüncü ve dördüncü baskılar arasında belirgin değişiklik olmamıştır (54).

2.3. TANI VE SINIFLANDIRMA

OKB DSM – 5’te “Obsesif – Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar” adlı yeni bir bölümde tanımlanmıştır. Daha önce dürtü kontrol bozuklukları altında incelenen trikotillomani (saç yolma bozukluğu) ve somatoform bozukluklar başlığı altında incelenen “beden algısı bozukluğu” bu yeni bölüm içerisine alınmıştır. Biriktiricilik bozukluğu, deri yolma bozukluğu, maddenin / ilacın yol açtığı obsesif – kompulsif bozukluğu ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı obsesif kompulsif bozukluğu ve ilişkili bozukluklar DSM – 5 ile ilk kez ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmış, obsesif – kompulsif ve ilişkili bozukluklar bölümünde yer almıştır (Tablo 1) (55). Pek çok tanısal doğrulayıcı bağlamında bu bozuklukların birbirleriyle ilişkisi gösterilmiş, aynı bölüm içinde gruplandırmanın klinik yararlılığa katkıda bulunacağı düşünülmüştür (56).

Tablo 1: DSM 5’ te tanımlanan obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar

Obsesif – Kompulsif Bozukluk
Beden Algısı Bozukluğu
Biriktiricilik Bozukluğu
Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu)
Deri Yolma Bozukluğu
Maddenin / İlacın Yol Açtığı Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluk
Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluk
Tanımlanmış Diğer Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluk
Tanımlanmamış Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluk

OKB obsesyon ve kompulsiyonların varlığı ile karakterizedir. Obsesyonlar hoş gitmeyen, istemli olarak yaşantılanmayan; kişide belirgin sıkıntı ve kaygıya yol açan; tekrarlayan, sürekli düşünceler, imgeler veya dürtülerden oluşur. Kompulsiyonlar ise bir obsesyona karşı ya da katı bir şekilde uygulanması gereken kurallar doğrultusunda, kişinin yerine getirmek zorunda hissettiği, tekrarlayan davranışlar veya zihinsel uğraşılardır (1) (Tablo 2).

Tablo 2: DSM – 5 obsesif kompulsif bozukluk tanı ölçütleri

-
- A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı:
Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:
1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
 2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir kompulsiyonu yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.
- Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:
1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
 2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.
- Not: Küçük çocuklar bu davranışların ya da zihinsel eylemlerin amaçlarını dile getiremeyebilirler.
- B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Obsesyon – kompulsiyon belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; stereotipik davranış bozukluğunda olduğu gibi stereotipik davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; majör depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).
-

2.3.1. Belirleyiciler

DSM – 5 ile birlikte yapılan değişikliklerden biri de OKB ilişkili belirleyicilerin yeniden tanımlanmasıdır. DSM – IV’te yalnızca içgörüyü değerlendirmek için “içgörüsü az olan” belirleyicisi bulunmaktayken; DSM – 5’te içgörü belirleyicileri “İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi”, “içgörüsü kötü”, “içgörüsü yok

/ sanrıs al inanışlar” olarak geliştirilmiştir (57,58). Ayrıca komorbid tik bozukluğu varlığının prognostik  onemi nedeniyle “tikle ilişkili” belirleyicisi de DSM – 5’te ilk kez tanımlanmıştır (Tablo 3) (55).

Tablo 3: DSM – 5’te tanımlanan obsesif kompulsif bozukluk için belirleyiciler

����r�s� iyi ya da olduk�a iyi
����r�s� k�t�
����r�s� yok / sanrıs�al inanışlar
Tikle ilişkili

2.4. KLİNİK GÖRÜNÜM, GİDİş VE SONLANIM

OKB çok çeşitli klinik tablolarla görülebilen heterojen bir bozukluktur. ABD’de yapılan toplum temelli bir komorbidite çalışmasında hastaların %79,3’ünde kontrol, % 62,3’ nde biriktirme, % 57’sinde düzenleme, %43’ nde ahlaki kaygılar, %30,2’sinde cinsel / dini düşünceler, %25,4’sinde temizlik - bulaş, %14,3’ nde hastalanma ile ilgili düşünceler, %19’unda ise diğer alanlarda obsesyon ve kompulsiyonlar saptanmıştır. Katılımcıların %81’inde birden çok alanda belirtiler gözlemlenmiştir (Tablo 4) (2). Sıklıkla kullanılan  l me araçlarından Yale Brown Obsesyon - Kompülsiyon  l ği (YBOKÖ) - Belirti Tarama Listesi 67 maddeden oluşmaktadır (59). Her hastada farklı belirtiler bir arada bulunmaktadır; bu bağlamda her OKB hastasının kendine özgü bir klinik tabloya sahip olduğu söylenebilir. Dahası aynı hastada zaman içerisinde belirtilerde değişiklikler gözlenebilmektedir (60). Klinik çalışmalarda hastaların en az % 70’inde obsesyonlar ve kompulsiyonlar bir arada görülmekteyken toplum temelli çalışmalarda bu oranlar belirgin olarak düşmektedir (61).

Tablo 4: Obsesyon ve kompulsiyonların yaşamboyu prevalansları

Kontrol	% 79,3
Biriktirme	% 62,3
D�zenleme	% 57
Ahlaki kaygılar	% 43
Cinsel / Dini d�ş�nceler	% 30,2
Temizlik / Bulaş	% 25,4
Hastalanma	% 14,3
Diğer	% 19

OKB genellikle erken erişkinlik döneminde başlar; ortalama başlangıç yaşı 19,5 olarak saptanmıştır. Erkeklerde başlangıç yaşı kadınlardan daha erken olma eğilimindedir ancak erişkin dönemde OKB kadınlarda biraz daha sık görülmektedir (2,62). Erkeklerde bulgular daha sinsi başlangıç göstermekte, daha çok kronikleşme eğilimindedir. Kadınlarda ise klinik tablo daha çok akut başlangıç gösterme eğilimindedir, klinik tablo çoğunlukla epizodik bir seyir gösterir (63). Eşinden ayrılmışlarda, işsiz kişilerde OKB sıklığı artmaktadır (64).

Erken başlangıçlı OKB erkeklerde daha sık görülmesi, nörogelişimsel bozukluklarla daha sık birliktelik göstermesi, yakın akrabalarda OKB sıklığının artması ve içgörülerinin daha zayıf olması ile erişkin başlangıçlı OKB'den ayrılır. Bu bulgular doğrultusunda erken başlangıçlı OKB'nin farklı bir alt tip oluşturduğu öne sürülmüştür (65). Bu vakaların daha şiddetli seyrettiği, hastalarda işlevselliğin daha düşük olduğu belirlenmiştir (66).

Nadir görülmekle birlikte % 8,2'ye varan oranlarda OKB geç yaşlarda da başlayabilmektedir. Uzun süredir subklinik bulgular gösterenlerde, kadınlarda, 40 yaşında sonra majör travmatik olay yaşayanlarda ve kendisi veya önemli bir yakını gebelik geçirenlerde geç yaşlarda OKB başlama ihtimalinin arttığı gösterilmiştir (67).

Hastalığın ortalama 8,9 yıl sürdüğü saptanmıştır (2). Hastaların sadece % 5 - 10'unda spontan remisyon görülmektedir. Hastaların %5 - %10'unda ise klinik tablo progresif olarak kötüleşmektedir (68,69). Uzun süreli izlemde belirtilerin semptom boyutları arasında nadiren geçiş yaptığı, aynı boyut içerisinde değişkenliklerin olabildiği gösterilmiştir (70). İsveç'te yapılmış 40 yıl süren bir prospektif takip çalışmasında; hastaların yarısında anlamlı klinik bulguların devam ettiği, %37'sinin OKB tanısını koruduğu saptanmış. Pek çok hasta gerek klinik bulgular gerekse sosyal işlevsellik açısından belirgin düzelmeler gösterse de tam düzelme hastaların yalnızca beşte birinde görülmüş (60).

2.5. OKB'DE BELİRTİ BOYUTLARI

OKB'nin heterojenik görünümü yapılan çalışmaların gücünü azaltmaktadır. Monosemptomatik tablo hastaların çok az bir kısmını oluşturduğu için, yeterli sayıda hasta alınsa bile; monosemptomatik hastalarla yapılan çalışmalarla hastalığa dair bir genelleme yapmak mümkün değildir. Son yıllarda yapılan faktör analizi çalışmaları OKB bulgularını bozukluğun heterojen doğasını daha iyi açıklayan birkaç anlamlı boyuta indirgemıştır. YBOKÖ – Belirti Kontrol Listesi ya da Padua Envanteri gibi farklı araçlarla yapılan analizlerde dahi benzer sonuçlar elde edilmiştir (70,71).

Çalışmalar sonucunda 3 ila 5 arasında değişen sayılarda gruplamalar yapılmakla birlikte en tutarlı olarak tekrarlanan belirti boyutları şunlardır; bulaş obsesyonları ve yıkama / temizlenme kompulsiyonları, zarar verme ya da hata yapmaktan sorumlu olmaya dair obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları, düzen ve simetriyle ilgili obsesyonlar ve düzenleme sıralama kompulsiyonları, cinsellik, din ya da şiddetle ilişkili kabul edilemez bulunan obsesyonel düşünceler ve mental kompulsif ritüeller ya da diğer örtük nötralizasyon yöntemleri (Tablo 5) (72).

Bazı çalışmalarda "biriktiricilik" bir belirti boyutu olarak kabul edilse de biriktiriciliğin OKB dışındaki bazı bozukluklarla olan ilişkisinin daha güçlü olduğu, OKB'den daha erken yaşlarda başladığı, farklı nöral aktivite örüntüleri ve genetik yatkınlık lokusları gösterdiği, OKB için etkinliği kanıtlanmış ilaç ve terapi yöntemlerine daha zayıf yanıt verdiği gösterilmiştir. Bu nedenle biriktiriciliğin farklı bir bozukluk olduğuna dair görüşler ağırlık kazanmaktadır, DSM - 5'te de ayrı bir bozukluk olarak ele alınmıştır (72,73).

Tanımlanan belirti boyutlarının cinsiyet, başlangıç yaşı, genetik faktörler, kronik tikler gibi çok çeşitli değişkenlerle özellikle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Boyutsal yaklaşımın, OKB'nin nörobiyolojisi ve tedavisi üzerine araştırmalara rehberlik etmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir (70–72).

Tablo 5: OKB’de belirti boyutları

-
- Bulaş obsesyonları ve yıkama / temizlenme kompulsiyonları,
 - Zarar verme ya da hata yapmaktan sorumlu olmaya dair obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları,
 - Düzen ve simetriyle ilgili obsesyonlar ve düzenleme sıralama kompulsiyonları,
 - Cinsellik, din ya da şiddetle ilişkili kabul edilemez bulunan obsesyonel düşünceler ve mental kompulsif ritüeller ya da diğer örtük nötralizasyon yöntemleri
-

2.6. EPİDEMİYOLOJİ

OKB’nin bir zamanlar nadir rastlanan bir bozukluk olduğu düşünülürken; 80’li yıllarla birlikte toplum temelli çalışmaların artmasıyla aslında sık gözlenen bir durum olduğu anlaşılmıştır (74). Farklı kültürlerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda OKB'nin yaşam boyu prevalansının % 0,7 - 3,2 arasında değiştiği, oranların genellikle birbirleriyle tutarlı olduğu saptanmıştır (75). Türkiye’de yapılan toplum temelli çalışmalarda 12 aylık OKB prevalansı Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması’nda %0.5; Çilli ve arkadaşları tarafından ise %3 olarak saptanmıştır (61,76). OKB'nin kadınlarda daha sık gözlenmesi, nispeten erken yaşlarda başlaması, çeşitli obsesyon ve kompulsiyonların klinik tabloya beraber hakimiyeti; farklı kültürlerde değişmeyen diğer temel özellikleridir. Sık görülen obsesyon tipleri ise genellikle kültürden kültüre değişmektedir (77). Farklı kültürlerde değişmeyen benzer epidemiyolojik veriler OKB patofizyolojisinin kültürel farklılıklardan çok ortak nörobiyolojide saklı olduğunu işaret etmektedir (78).

2.7. ETİYOLOJİ

2.7.1. Genetik Etkenler

2.7.1.1. Aile Çalışmaları

OKB'nin ailesel aktarımı olan bir bozukluk olabileceği gözlemi 1930'lu yıllardan beri bilinmekle birlikte bu fikir ancak 90'larda yapılan iyi tasarlanmış aile çalışmaları ile güçlenmiştir (79).

OKB (ve eşik altı obsesif kompulsif belirtiler) hastaların birinci derece akrabalarında, kontrol gruplarına göre belirgin derecede daha sık görülmektedir. Çocukluk çağında başlayan olgularda ailesel risk erişkin OKB hastalarına göre daha da artmaktadır (80). Akrabalıkta OKB riskinin indeks vaka ile genetik yakınlıkla orantılı olarak arttığı gösterilmiştir. Yaklaşık rölatif risk hastaların birinci derece akrabalarında 5, ikinci derece akrabalarında 2, üçüncü derece akrabalarında ise 1,5 olarak saptanmıştır (79).

Van Grootheest ve ark. ikiz çalışmaları üzerine yaptıkları meta analizde obsesif kompulsif bulgular için erişkinlerde % 27 - % 47; çocuklarda ise % 45 - % 65 heredite oranları saptamıştır (81).

2.7.1.2. Gen Araştırmaları

Genom araştırmaları sonucunda OKB ilişkili olarak çok farklı gen bölgeleri tanımlanmıştır. Bozukluğun heterojen doğası nedeniyle tek bir gen defekti ya da sorumlu tek bir gen bölgesinden söz etmek mümkün değildir.

OKB hastalarında en çok glutamaterjik sistemle ilgili gen defektleri saptanmıştır. Glutamata dikkat çeken bu bulgular; defektif serotonin yollarının OKB'nin ana nedeni, SGI'nin ilk tedavi seçeneği olduğuna yönelik klasik etiyolojik açıklamalarla çelişmektedir (82). Bu sistemde yer alan GRIN2B ve SLC1A1 genleri, en sık saptanmış, etiyolojide rol oynadığı en çok düşünülen genlerdendir (83).

2.7.2. Biyolojik Etkenler

OKB'nin farmakolojik tedavisi temel olarak serotonerjik ve dopaminerjik ajanlara dayanmaktadır. Bu ajanların tedavideki etkinliği nedeniyle serotonin ve dopaminin patofizyolojide rol oynayabileceği öne sürülmüştür. SGI'nin OKB tedavisindeki etkinliği pek çok randomize kontrollü çalışmayla kanıtlanmıştır (17).

Serotoninin OKB patofizyolojisinde rol oynayabileceği klomipraminin OKB tedavisindeki etkinliğinin 1970'lerde fark edilmesi ile gündeme gelmiştir (84). Serotonin geri alımını güçlü şekilde bloke eden klomipramin, fluvoksamin, sertralin gibi ajanlar OKB tedavisinde etkiliyken, serotoninenden çok norepinefrin alımını bloke eden desipramin gibi ajanların tedavide etkili olmadığı saptanmıştır. Tedavi yanıtına

yönelik bu veriler OKB'ye serotonerjik disfonksiyonun yol açtığı hipotezini güçlendirmiştir. Bununla birlikte serotonin augmentasyon çalışmaları, obsesif – kompulsif bulguları serotoninini azaltarak artırmaya yönelik laboratuvar çalışmalarında serotonin hipotezini destekleyen bulgular elde edilememiştir (62).

SGİ'ne dirençli vakalarda dopaminerjik blokörlerin etkili olması, bazal gangliondaki bir dopamin regülasyon bozukluğu olan Tourette Sendromu ile OKB'nin yüksek oranda beraber görülmesi patofizyolojide dopaminin rolünü ön plana çıkarmıştır (85–88). Dahası dopamin agonistleri ve gerialım inhibitörleri OKB bulgularına yol açabilir ya da mevcut bulguları kötüleştirebilir (89). Fronto - striatal devrenin bazal ganglion kısmında serotonerjik hipoaktiviteyle birlikte dopaminerjik transmisyon artışının OKB ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (90).

Son dönemde gerek genetik gerekse klinik alandaki çalışmalar beyindeki primer eksitator transmitter glutamat'ın rolünü gündeme getirmiştir. Özellikle kortiko-striato-talamo-kortikal devrelerdeki glutamat nörotransmisyonu ve homeostazının bozulmasının OKB gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (91). Riluzol ve memantin gibi glutamat modülatörlerinin standart tedavilere yanıtı olmayan hastalarda etkinliğine dair umut verici veriler olmakla birlikte plasebo kontrollü, geniş kapsamlı çalışmalar henüz yapılmamıştır (92).

İşlevsel beyin görüntüleme çalışmaları kortiko - striato - talamo - kortikal devre işlev bozukluğunun OKB patofizyolojisinde temel rol oynayan bir anahtar yapı olarak ön plana çıkarmıştır (93). Hastalarda devrenin ana yapılarından orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks ve striatum belirgin hiperaktivite sergilemektedir (62,94–96). Belirtilerin provakasyonu aktivasyonu artarken; ilaç tedavileri veya psikoterapi ile bu bölgelerde aktivasyon zayıflamaktadır (97–100). Çalışmalar son yıllarda statik bölgelerden çok OKB patofizyolojisinde rol oynayan çeşitli bilişsel ve davranışsal işlevlerle ilişkili ağların, devrelerin araştırılmasına yönelmiştir (62).

2.7.3. Psikanalitik Teoriler

Geleneksel psikanalitik görüş OKB'yi “obsesif kompulsif nevroz” adıyla nevroitik bozukluklar arasında değerlendirir (101). Aşırı ahlakçı, katı süperego ve id kaynaklı saldırgan ve cinsel dürtülerle ego'nun çatışmaları sonucu OKB gelişir. Bir

başka ifade ile OKB'de ego kabul edilemez dürtüler ve aşırı ahlakçı süperegö arasında çift taraflı bir çatışmanın ortasında kapana kısılmıştır. Ego çeşitli savunma mekanizmalarını kullanarak söz konusu çatışma üzerinde denetim kurmaya, çatışmalarla baş etmeye çalışır (102). OKB'de kullanılan temel savunma mekanizmaları; bastırma, karşıt tepki kurma, yalıtma, yer değiştirme ve yapma – bozmadır. Karşıt tepki kurma mekanizmasında ego id'den gelen yasak dürtü ve eğilimlere zıt tepkiler geliştirerek kendini savunmaya çalışır; kişi pislik, kirlilik eğilimlerine karşı anormal derecede titiz, temizlik düşkünü biri olur. OKB hastaları için tipik olan çeşitli inatçı takıntılar kabul edilemez saldırgan ve cinsel dürtülerin ya da sert, katı süperegönün cezalarıyla egonun işlevsel olmayan savunma mekanizmaları aracılığıyla baş etme çabasının bir sonucudur. Ambivalans ve büyüsel düşünce OKB'nin diğer önemli düşünce özellikleridir (101,103).

OKB'nin daha güncel psikanalitik açıklamaları esas olarak nesne ilişkileri kuramına dayanmaktadır. Nesne ilişkileri kuramı birincil bakımverenlerle erken dönemdeki etkileşimlere dayalı olarak şekillenen kişinin kendisi ve başkalarına yönelik zihinsel temsillerinin ya da bilişsel – duygusal şemalarının hem yapılarına hem de içeriklerine odaklanır. Bu temsiller ya da şemalar örtük ya da açık bilişleri, duyguları ve davranışları şekillendirir. OKB'de nesne ilişkileri teorileri kişinin kendisi ve başkalarına yönelik ambivalan temsillerin rolüne vurgu yapar. Kişinin hem kendisi hem de başkalarıyla ilgili temsilleri esas olarak benliğin olumsuz kısmına dayanır, eleştiricidir. Kendiyle ilgili temsiller aşırı ahlakçı, başkaları ile ilgili temsiller ise cezalandırıcıdır. Kişinin ambivalansa yönelik toleransı yetersiz kalır. Bu katılığa, kontrol ve otonomiye karşı güçlü bir ihtiyaca (klasik psikanalitik terimlerle anal kişilik özelliklerine) yol açar. Dolayısıyla kişi entelektüel süreçlerle aşırı uğraşırken, duygular ya da kişiler arası ilişkiler gibi kontrol edilemeyen durumdan kaçınır (102,103).

2.7.4. Davranışçı Teoriler

Günümüzdeki davranışçı yöntemlere en yakın ilk tedavi girişimleri Meyer tarafından 1960'larda yapılmıştır. Fobilere yönelik geliştirilen etkinliği kanıtlanmış duyarsızlaştırma tedavilerini kompulsiyonlara uyarlamaya dayalı bu tedaviler başlangıçta başarısız olmuştur. Aynı dönemde Rachman, Hogson ve Marks temel

özelliği korkulan durumlara maruz kalma olan bir tedavi yöntemini geliştirmiş. Bu farklı yaklaşımların zaman içinde birleşmesi ile günümüzde "maruziyet tepki önleme" (MTÖ) olarak bilinen OKB'nin en etkili tedavi yöntemlerinden biri ortaya çıkmıştır (104).

OKB'nin davranışçı modeli de bilişsel model gibi "intrüzyon"ları temel alır. İntrüzif düşünceler veya görüntülerin OKB hastaları kadar hasta olmayan kişilerce de deneyimlendiği gösterilmiştir (25,26).

Önceleri nötral olan düşünce, imge ya da dürtülerin tekrarlayan eşleşmelerle, klasik koşullanma aracılığı ile kaygı uyandıran bir hal almasıyla obsesyonlar oluşur. Kompulsiyonlar ise anksiyetenin rahatsızlık veren fizyolojik etkilerinden kurtulma çabaları olarak iş görür. Güvenlik davranışları olarak da tanımlanan bu girişimler açık kompulsiyonlar olabileceği gibi, tehdit edici uyarlardan kaçınma ya da örtük ritüeller şeklinde de olabilir. Kompulsiyonlar duygusal uyarılmanın geçici olarak yatışmasını sağlar ancak bu durum kaygıyla doğal yollarla baş edebilmeyi engeller. Sonuç olarak kompulsif ritüeller ve kaçınma davranışları olumsuz pekiştirme yoluyla öğrenilir; böylece gelecekte benzer anksiyete doğuran uyaranlarla karşılaşıldığında kompulsif davranışların ya da kaçınmaların tekrar edilme ihtimali artar (104–106).

OKB'yi açıklayan davranışçı açıklamalar daha sonra geliştirilen bilişsel açıklama ve tedavilere basamak olmuştur.

2.7.5. Bilişsel Teoriler

Bilişsel kuram ruhsal bozuklukları uyaranları değerlendirmede yapılan hatalarla açıklar. Uyaranları, olayları değerlendirme biçimi bilişsel kuramın odak noktasıdır. Değerlendirme hatalarında altta yatan "işlevsel olmayan inançlar", bu inançların bir araya gelerek oluşturduğu çeşitli bilişsel şemalar rol oynar. Bu şemaların etkinleşmesi ruhsal bozukluklara yol açar (28).

İşlevsel olmayan inançlar depresyonda kişinin kendisi, iç dünyası ve geleceğe yönelik olumsuz yorumlar yapmasına yatkınlık oluşturur. Anksiyete bozukluklarında ise katastrofik yorumlara yatkınlık ön plandadır (28,107).

Bilişsel açıdan OKB diğer anksiyete bozukluklarına benzer şekilde açıklanmaktadır; normalde tehlikeli olmayan belli bir durum, tehlike ya da tehdit altında olmak ile ilgili altta yatan inanışların bir sonucu olarak ilgi odağı haline gelir (27).

OKB'nin bilişsel modeli de tıpkı davranışçı model gibi intrüzyonları temel alır. İntrüzif düşünceler ya da görüntülerin, çeşitli istenmeyen dürtülerin toplumda yaygın olarak görülen normal bir fenomen olduğu yıllar içinde yapılan çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (örn. birine zarar verme düşünceleri, cinsel görüntüler ya da yüksek bir yerden atlama dürtüsü). Obsesyonlar bu intrüzif düşüncelerden köken alır (25,26).

Bununla birlikte OKB'nin bilişsel teorisi intrüzyonların akla gelmesi ve intrüzyonların içeriğine dair hastanın yorumlarına odaklanması ile davranışçı teoriden farklılaşır. OKB'ye yol açan intrüzyonun var olup olmaması değildir. İntrüzyon hakkında kişinin yaptığı değerlendirmeler, intrüzyonla işlevsel olmayan başa çıkma biçimleri OKB'ye zemin hazırlar. Sık görülen yorum hatalarına örnek olarak; intrüzyonun akla gelmesinin çok önemli, kişiyi tehdit eden bir durum olduğuna, kişinin kendisinin bir zarar vereceğine ya da muhtemel bir zararın önlenememesinden sorumlu olacağına yönelik değerlendirmeler verilebilir. Bu gibi yorumlar klinik tabloya hakim duygunun kaygı olmasını sağlar (27,108). İntrüzyon içeriğinin kişisel olarak önemli değerlerle ilişkili olmasının OKB gelişiminde rol oynayan bir diğer etmen olduğu öne sürülmüştür (109).

OKB hastalarında kişinin kendisini ne kadar tehdit altında olduğunu belirleyen intrüzyon içeriğindeki olay ya da durumun olma olasılığından çok bu durumun ne kadar korkunç ve şiddetli olduğudur. Ne kadar imkânsız da olsa çok şiddetli olay ya da durumları hastalar çok olası olarak algılar. İntrüzyonun yorumlanması çeşitli tepkileri beraberinde getirir. Bu tepkiler sıklıkla birbirleriyle etkileşir ve intrüzyona dair yorumları güçlendirir. Tüm tepkilerin ortak özelliği başlangıçta yapılan yorum hatalarını beslemesi ve OKB kısır döngüsünü güçlendirmesidir (110).

Intrüzyonlar sıklıkla rahatsızlık verir. Bu nedenle pek çok hasta intrüzyonları bastırmaya çalışır ancak intrüzyonları kontrol etme çabası paradoksal olarak intrüzyon sıklığı ve intrüzyonların belirginliğini artırır (111).

Kompulsiyon ve kaçınmalar olası olduğu düşünölen zararlı sonuçları önlemeye yönelik olarak yapılan davranışlardır. Kompulsiyonlar sıkıntı hissini hızlıca ortadan kaldırır, ancak bu bir sonraki intrüzyona kadar süren bir geçici rahatlamadır. Kompulsiyon ve kaçınmalar kişiyi intrüzyonla ilgili değerdendirmesinin hatalı olduğunu öğrenmekten alıkoyar. Kişi kompulsiyon ile – hatalı olarak – çok kötü bir olayın önüne geçtiğine inanır. Bu durum kompulsif davranışları artırmasının yanısıra intrüzyona dair hatalı yorumları güçlendiren bir başka etmendir. Ayrıca kompulsiyonlar intrüzyonla ilgili ipuçları içerdğı için paradoksik olarak intrüzyon sıklığını artırır (112).

2.8. OBSESİF İNANIŞLAR

OKB'nin bilişsel modelinde intrüzyonların hatalı yorumlanması önemli rol oynamakla birlikte; uzun zaman içinde gelişmiş, altta yatan çeşitli inanış sistemleri yorum hatalarının temelini oluşturmaktadır. OKB'nin bilişsel teorisinin öne sürölmesini takiben OKB ile ilişkili olduğu düşünölen inanışlara yönelik çalışmalar başlamıştır (113). Çeşitli çalışmalarda bir dizi inanış başlığı belirlenmiştir. Alanında uzman bir grup araştırmacı tarafından kurulan “Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu” OKB literatüründe tanımlanmış tüm önemli inanış başlıklarını bir araya getiren “Obsesif İnanışlar Ölçeğı”ni (OİÖ) geliştirmiştir. OİÖ bu inanışlara yönelik geliştirilmiş en sık kullanılan ölçüm aracı olmuştur (114).

OİÖ'nin 87 soruluk ilk formunda OKB'de önemli rol oynayan bilişsel inanışlar altı başlık altında toplanmıştır. Daha sonra faktör analizi çalışmaları sonucunda birbirleriyle yüksek oranda ilişkili olduğu saptanan alt ölçekler birleştirilerek obsesif inanışlar; sorumluluk / tehlike beklentisi, mükemmeliyetçilik / kesinlik, önem verme / düşünceleri kontrol etme olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır (32,33,115).

2.8.1. Sorumluluk / Tehlike Beklentisi

Salkovskis abartılı sorumluluk duygusunun OKB gelişimindeki rolünü ilk vurgulayan araştırmacılardandır. Salkovskis'in modeline göre zarar görme / vermeyle ilgili olay ya da durumlara dair abartılı sorumluluk duyma inançları zeminde

intrüzyonlara dair hatalı değerlendirmeler yapılır. Abartılı sorumluluk inancına sahip kişiler; kişinin tüm olumsuz sonuçları engelleyebilecek bir güce sahip olduğuna ya da yaşanan tüm olumsuz durumlarda bir rol oynadığına inanır (112,116).

Sorumluluk duygusu ile intrüzyonun yorumlanması kaygıya yol açar. Sorumluluğa yönelik değerlendirmeler algılanan sorumluluk duygusunu azaltma ya da sorumluluktan kaçınmaya yönelik nötralizasyon çabalarını teşvik eder. Sorumluluğa dair inanışlar ve bu bağlamdaki nötralizasyon çabaları obsesyonların oluşması ve süregitmesinde önemli rol oynamaktadır (117).

Kötü olayların başa gelme riski ve kişiye olası zararlarına yönelik abartılı inanışlar, tehlikeye yönelik abartılı beklenti OKB'de rol oynayan bir diğer ana inanış grubudur (118).

Sorumluluk / tehlike beklentisine yönelik inanışların bulaş obsesyonları ve temizlenme kompulsiyonları ile ilişkili olduğu farklı çalışmalarda gösterilmiştir (35,36,119).

2.8.2. Mükemmeliyetçilik / Kesinlik

Mükemmeliyetçiliğin OKB gelişiminde rol oynadığı gösterilmiştir, bununla birlikte mükemmeliyetçilik OKB'ye özgü bir inanış değildir, diğer anksiyete bozukluklarında da mükemmeliyetçiliği ölçen araçlarda yüksek skorlar saptanmıştır. Bu gözlem mükemmeliyetçiliğin OKB gelişiminde gerekli ancak tek başına yeterli bir özellik olmadığına işaret eder (31,118).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, kesinlik ihtiyacı, OKB gelişiminde rol oynayan bir diğer özelliktir. Bu inanışlara sahip kişiler kötü olay ya da durumların gerçekte başlarına gelme ihtimaline bakmaksızın kendilerini tehdit altında görür. Bu nedenle net olmayan, belirsiz durumlara olumsuz yaklaşma eğilimindedirler. OKB'nin yanı sıra pek çok anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğuyla ilişkilendirilmiştir (118,120).

Kesinlik ihtiyacının kompulsif kontrol etme davranışlarıyla ilişkili olduğu, mükemmeliyetçilik / kesinlik inanışları güçlü olan OKB hastalarının seçici serotonin geri alım inhibitörlerine yanıtlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (40,121).

2.8.3. Önem Verme – Düşünceleri Kontrol Etme

Düşünce, imge ve dürtülerin öneminin hatalı değerlendirilmesi, herkeste var olan intrüzyonların varlığının katastrofik olarak kişinin hasta, tehlikeli ya da kötü biri olduğu anlamına geldiğine yönelik inanışlar obsesyonların gelişimi ve sürmesinde önemli rol oynayan bir diğer etmendir. Bu durum “düşünce eylem füzyonu” ile açıklanır; buna göre bir intrüzyonun akla gelmesi ile bunun eyleme dökülmesi arasında ahlaki açıdan bir fark yoktur ve bu eylemi düşünmek o durumun gerçekleşme olasılığını artırır (108,118).

Intrüzyonun önemi ve içeriğine yönelik birincil değerlendirmelerden farklı olarak intrüzyonların kontrol edilmesindeki başarısızlıkla ilişkili ikincil değerlendirmeler OKB'de rol oynayan bir diğer etmendir. Metakognitif inanışlar olarak da adlandırılan bu inanışları güçlü kişiler bir zarar ya da felaketin önüne geçmek ya da sıkıntıyı azaltmak için intrüzyonları kontrol etmenin çok önemli olduğuna inanır. Bu kişiler intrüzyonları kontrol edebilmenin önemini abartma eğilimindedir ve düşünceleri tam olarak kontrol edebilmenin ulaşılabilir, arzu edilmesi gereken bir durum olduğuna inanır. Intrüzyonların kontrol edilmesindeki başarısızlığın intrüzyonla ilişkili kötü, istenmeyen durumların gerçekleşme riskinin artışının bir göstergesi olarak kabul edilir (118,122).

Tüm bu inanış alanlarının OKB bulgularıyla ilişkili olduğu saptansa da pek azı OKB'ye özgüdür. Özellikle diğer anksiyete bozuklukları ile karşılaştırıldıklarında, her ne kadar OKB'si olanlar daha yüksek puanlar alsa da, sadece düşünceleri kontrol etmeye yönelik inançlar diğer anksiyete bozukluklarından farklı olarak OKB'ye özgü bulunmuştur (123).

2.9. KOMORBİDİTE

Komorbidite bir kişide ilgilenilen, indeks hastalıkla birlikte farklı bir hastalığın da bir arada bulunmasıdır. İlk kez Feinstein tarafından kronik tıbbi hastalıklar için kullanılmakla birlikte zaman içerisinde psikiyatride daha fazla kullanılır olmuştur (124).

Çalışma yöntemi ve tanı araçlarına göre prevalans oranları değişmekle birlikte iki veya daha fazla psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmesi (psikiyatrik komorbidite) sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış toplum temelli bir komorbidite çalışmasında katılımcıların % 27,7'sinin iki veya daha fazla, % 17,3'ünün ise üç veya daha fazla psikiyatrik tanı aldığı saptanmıştır (125). Bir diğer alan çalışmasında ise katılımcıların % 11,3'ünün iki veya daha fazla, % 4,7'sinin ise üç veya daha fazla psikiyatrik tanıyı aynı anda karşıladığı saptanmıştır (126).

Gerek klinik örneklemelerde, gerekse toplum temelli çalışmalarda OKB'ye başka psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda eşlik ettiği gösterilmiştir (4,5). Klinik örneklemelerde %92'ye varan komordite oranları bildirilmiştir (6). Komorbidite özelliklerine göre alt grupta dahi önerilmiştir (127).

Komorbidite gösteren hastalarda hastalığın daha şiddetli seyrettiği, kronikleşme eğiliminin daha yüksek, yaşam kalitesinin ise daha düşük olduğu belirlenmiştir (7,8,128). Komorbidite varlığı tedavi yanıtını düşürmekle birlikte suisid girişimi riskini artırmaktadır (129,130).

Tanı araçları ve örneklem belirleme yöntemine göre değişmekle birlikte OKB'ye en sık duygudurum ve anksiyete bozuklukları eşlik etmektedir. Bu bozuklukları Alkol – Madde kullanım bozuklukları ve dürtü kontrol bozuklukları takip eder (2,4).

2.9.1. OKB ve MDB Komorbiditesi

Obsesif kompulsif bulgularla depresif bulguların birlikteliği 19. Yüzyıldan beri bilinen, sık karşılaşılan bir durumdur (131). Pek çok çalışmada OKB'ye en sık depresif bozuklukların eşlik ettiği saptanmıştır (9). MDB en az iki hafta süren

çökkün duygudurum ya da hemen tüm etkinliklere karşı ilgi yitimi veya bunlardan zevk alamamaya eşlik eden biliş, uyku – yeme – cinsel alan gibi nörovejetatif işlevlerde bozulmalar, değersizlik – suçluluk veya intihar düşünceleri ile belirli bir tablodur (10).

Kesitsel olarak değerlendirildiğinde OKB hastalarının üçte biri MDB eş tanısı almakta, üçte ikisi ise hayatlarının herhangi bir döneminde MDB geçirmektedir (5,6,11). Ayrıca MDB tanı ölçütleri karşılanmayan ancak depresif yakınmaları olan pek çok OKB hastası bulunmaktadır (12).

Komorbid MDB varlığında hem OKB hem de anksiyete bulguları daha şiddetli olmaktadır (13–15). OKB’de işlevsellik kaybının önemli nedenlerinden biri depresif bulgulardır (23). OKB engelliliğe yol açan en önemli hastalıklardan biridir (22). MDB komorbiditesinde yaşam kalitesi de azalmaktadır (24). Ayrıca OKB ve MDB komorbiditesinde anksiyete bozuklukları gibi başka bozuklukların görülme sıklığı artar (21).

Komorbid MDB varlığı ilaç tedavisi ve BDT’nin tedavi başarısını düşürmektedir, tedavi öncesinde depresif bulgular ne kadar şiddetliyse MTÖ’ye tedavi yanıtı o kadar azalmaktadır (16,17). Depresif bulgular MTÖ’den beklenen rahatlamayı maskeler, MTÖ’nin tedavi başarısını düşürür (132). Depresif bulguların şiddeti arttığında tedaviyi yarıda bırakma riskinin arttığı belirlenmiştir (18).

OKB ve MDB komorbiditesinde oynadığı rol çokça araştırılmış bir başka bilişsel etmen içgörüdür. Çeşitli çalışmalarda içgörüsü zayıf olan hastalarda depresif bulguların daha şiddetli olduğu belirlenmiştir (133–135). Benzer şekilde MDB komorbiditesi açısından değerlendirildiğinde de komorbid depresyon varlığının zayıf içgörüyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (15,19,136). Catapano ve ark. prospektif bir çalışmada içgörüsü zayıf hastaların hem obsesif kompulsif hem de depresif bulgularının daha şiddetli olduğunu, hastalığın daha erken başladığını, ilaç tedavilerine yanıtın daha düşük olduğu belirlemiştir (137).

OKB’de daha nadir araştırma konusu olmakla birlikte kaçınmaların da depresif bulgularla ilişkili olabileceğine yönelik bulgular bildirilmiştir (15,46).

Zamansal ilişki açısından incelendiğinde, MDB'un çoğunlukla OKB'den sonra geliştiği belirlenmiştir. OKB'nin yarattığı sıkıntı ve işlevsellik kaybının MDB'a yol açabileceği düşünülmektedir (138–140). OKB ve MDB komorbiditesinde OKB semptomlarında düzelme, depresif bulgulara iyileşmeyi de beraberinde getirirken; tek başına depresif bulgulara düzelme OKB bulgularında iyileşmeye yol açmamaktadır (141).

OKB bulgularına ikincil olarak MDB gelişmesi yüksek komorbidite oranlarını açıklayabilir. Bununla birlikte yüksek komorbidite oranları ortak genetik faktörlerle de açıklanmaktadır (142). Serotonin taşıyıcısı ya da beyin türevli nörotrofik faktör geni çeşitli genlerin varyanslarının hem OKB hem de MDB gelişiminde rol oynadığı belirlenmiştir (143). Ayrıca SGI'nin hem OKB de hem de MDB'da etkinliği kanıtlanmıştır (17). Bu bağlamda OKB ve MDB arasında nörobiyolojik – etyolojik bir örtüşmeden; bu nedenle komorbidite sıklığında bir artış olduğundan bahsedilebilir.

Etyolojik örtüşme hipotezinin aksi yönünde kanıtlar da bulunmaktadır. OKB'ye eşlik eden MDB ve OKB komorbiditesi olmayan MDB hastalarının depresif belirti profillerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB ve MDB eş tanısı alan hastalarda iç gerilim ve karamsar düşünceler gibi anksiyete bulgularının daha şiddetli olduğu; sadece MDB tanısı alan hastalarda ise uyku ve iştah bozuklukları gibi vejetatif belirtilerin daha yoğun olduğu belirlenmiştir (13). OKB ve MDB komorbiditesine yönelik beyin görüntüleme çalışmaları sınırlıdır. Saxena ve ark. OKB ve MDB komorbiditesine özgü serebral metabolik paternlere yönelik yaptıkları araştırmada OKB ve MDB komorbiditesindeki bazal ganglion talamus anomalilerinin; OKB hastası olmayan MDB hastalarından farklılık gösterdiğini saptamış (144).

Ortak bilişsel özellikler komorbiditede rol oynadığı düşünülen bir başka etmendir (45). OKB gelişiminde rol oynayan "obsesif inanışlar" OKB'ye özgü değildir; OKB'nin yanı sıra MDB ve çeşitli anksiyete bozuklukları olan hastalar obsesif inanışlar açısından yüksek puanlar almaktadır. Obsesif inanışların depresyondaki rolünü araştıran bir çalışmada Bahçeci ve ark. tüm obsesif inanış alanlarının depresif bulgularla ilişkili olduğunu saptamıştır (43,44). Obsesif inanışlar

ölçeğinin ilk sürümünde ayrı başlıklarla incelenen obsesif inanışlardan kesinlik, tehlike beklentisi, düşünceleri kontrol etme, düşüncelere önem verme ve mükemmeliyetçilik depresif bulgularla yüksek derecede, sorumluluk ise orta derecede ilişkili bulunmuştur (115).

OKB ve MDB gelişiminde birlikte rol oynayan bir diğer etmen üstbilişlerdir. Pek çok üstbilişsel inanışın OKB'nin yanısıra MDB ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir. İşlevsel olmayan üstbilişler OKB, MDB ve anksiyete bozuklukları komorbiditeleri için yatkınlık oluşturan ortak bir etyolojik neden olabilir (145,146).

Obsesyon tipinin depresyon gelişiminde bir rolü olup olmadığına dair veriler birbirleriyle çelişmektedir. Jin ve ark. yaptıkları çalışmada depresif bulguları cinsel ve dini obsesyonlarla ilişkili bulurken, bir başka çalışmada belirti tipinin depresyon gelişmesinde bir rol oynamadığı saptanmıştır (14,21). Gelişen komorbid durumların hakim belirti boyutuyla ilişkili olabileceğine yönelik bilgiler mevcuttur (147).

2.9.2. OKB'nin Sıklıkla Eşlik Eden Başka Bozukluklar

DSM – 5'e kadar bir anksiyete bozukluğu olarak değerlendirilen OKB, diğer anksiyete bozuklukları ile de yüksek oranda komorbidite gösterir. OKB hastalarının % 75,8'i aynı zamanda bir başka anksiyete bozukluğu tanısını da almaktadır. Hastaların % 20'si panik bozukluk, % 7,8'i agorafobi, %42,7'si özgül fobi, % 43,5'i sosyal fobi, % 8,3'ü yaygın anksiyete bozukluğu, % 19,1'i travma sonrası stres bozukluğu, % 37,1'i ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı almaktadır (2). MDB komorbiditesine benzer şekilde ortak genetik – biyolojik ve bilişsel faktörlerin anksiyete bozuklukları komorbiditesinde de rol oynadığı öne sürülmüştür (148,149). Obsesif inanışlar MDB'un yanı sıra anksiyete bozuklukları ile de ilişkili bulunmuştur. Panik bozukluk tüm obsesif inanış alanları ile, yaygın anksiyete bozukluğu belirsizliğe tahammülsüzlük / kesinlik ile, mükemmeliyetçilik ise sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (44,150,151). Üstbilişler de tıpkı obsesif inanışlar gibi MDB, OKB ve anksiyete bozukluklarıyla ortak olarak ilişkili bir diğer etmendir. Yılmaz ve ark. bilişlerin kontrol edilemezliği ve oluşturdukları tehlikeye yönelik inanışların hem depresif bulgular hem de anksiyete ile ilişkili olduğunu saptamıştır (146,152).

Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları OKB'ye yüksek oranda komorbidite gösteren bir başka bozukluk grubudur. DSM – 5'te Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar bölümünde yer alan Beden Algısı Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu) ve Deri Yolma Bozukluğu'nun yanı sıra Tik Bozukluğu ve Kompulsif Alışveriş Yapma obsesif kompulsif spektrum bozuklukları altında incelenmektedir. Lochner ve arkadaşlarının yaptığı çok merkezli bir komorbidite çalışmasında OKB'ye tik bozukluklarının % 12,5, beden algısı bozukluğunun % 8,7, deri yolma bozukluğunun % 7,4, kompulsif alışverişin yapmanın % 6,9, trikotillomaninin % 5,3 ve tourette bozukluğunun % 4,2 oranında eşlik ettiği saptanmıştır (153).

Şizofreni ve OKB komorbiditesi klinik önem arz eden bir başka konudur. OKB ve şizofreni komorbiditesine dair % 7 - 26 arasında değişen oranlar bildirilmiştir. OKB tanısı konulmadan sadece obsesif - kompulsif belirtiler tarandığında bu oranlar artmaktadır. Şizofreni ve OKB komorbiditesine dair mevcut genetik, nörobiyolojik, klinik tanımlayıcı ve tedavi yanıtlarını içeren veriler değerlendirildiğinde bu tablonun basit bir komorbiditeden fazlası, ayrı bir sendrom olduğunu düşündürmektedir (154).

OKB'ye herhangi bir madde kullanım bozukluğunun eşlik etme oranı % 38,6 olarak saptanmıştır. Bu hastaların % 41.1'inde OKB bulguları daha önce başlarken % 58,9'unda OKB bulgularının ortaya çıkışında sonra madde kullanımı başlamıştır (2).

OKB'nin kişilik bozuklukları ile birlikteliğine dair çalışmalar I. eksen bozuklukları ile birlikteliğine dair çalışmalara göre çok daha sınırlıdır. Kişilik bozukluklarını değerlendirme yöntemi ve örneklem seçimine göre değişmekle birlikte %8,7 ile % 87,5 arasında değişen oranlarda komorbidite bildirilmiştir (132). Bununla birlikte OKB kişilik bozukluklarından en sık C kümesi kişilik bozuklukları ile birliktelik göstermektedir (155).

OKB psikiyatrik bozuklukların yanı sıra pek çok nörolojik tabloyla da birliktelik gösterir. Tourette sendromu, Sydenham koresi, Huntington hastalığı gibi bazal ganglion bozukluklarında OKB sıklıklığı artar. Parkinson hastalığı içinse literatürde birbiriyle çelişen veriler mevcuttur (156). Temporal lob epilepsisi olan hastaların % 10'u OKB eştanısı almaktadır (157).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA EVRENİ

Kesitsel nitelikteki bu çalışmaya İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde araştırma ölçütlerini karşılayan 2017 Mart – 2017 Eylül arasında OKB yan dal polikliniğinde ayaktan takip ve tedavi edilmekte olan hastalar dahil edildi. DSM – 5 tanı kriterleri doğrultusunda yapılmış klinik görüşme ile OKB ve MDB bozukluk tanılarını alan ya da OKB tanısının yanı sıra daha önce MBD geçirdiği anlaşılan 50 ardışık hasta (OKB + MDB) ve cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi MDB grubu ile eşleştirilmiş hiç MDB geçirmemiş 50 OKB hastası (OKB – MDB) kontrol grubu olarak dâhil edildi. Çalışmamız için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 07.02.2017 tarihinde 605 karar numarası ile onay alınmıştır.

Belirtilen zaman aralığı içinde, hastanede DSM – 5 tanı ölçütlerini karşılayan OKB hastaları ile görüşülmüş, çalışmanın amacı ve şekli hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılabilmeleri için hastaların yazılı onamları alınmıştır. Hastalara sosyodemografik ve klinik veri formu, obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ve tipini değerlendirmek için YBOKÖ, depresif bulguların düzeyini ölçmek için BDÖ, anksiyete bulgularının şiddetini ölçmek için BAÖ, obsesif inanışları değerlendirmek için OİÖ uygulanmıştır.

İçerme Kriterleri:

- 18 – 65 yaş arasında olmak
- DSM – 5 kriterlerine göre OKB tanısı almış olmak
- Okuma – yazma biliyor olmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak

Dışlama Kriterleri:

- Tanısal amaçlı psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil probleminin bulunması
- Genel tıbbi bir duruma bağlı mental bozukluğun varlığı
- Çalışmaya katılmaya engel fiziksel veya ruhsal bozukluğunun (psikotik bozukluk) olması

3.2. TANI ARAÇLARI VE ÖLÇEKLER

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış, hastaların sosyodemografik özellikleri hakkında genel bilgiler edinmeye, özgeçmişleri ve hastalık öykülerine yönelik sorular içeren bir görüşme formudur.

3.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ)

Obsesif - kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti, kişiye verdiği rahatsızlık derecesi, kişinin hastalığa dair içgörü düzeyini, hastalığın genel seyrini değerlendiren çeşitli sorular içermektedir. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır, fakat toplam puanın hesaplanması için yalnızca ilk 10 madde kullanılır. Her sorunun puanı 0 - 4 arasında değişmektedir. Ölçek görüşmeci tarafından uygulanır. Ayrıca ölçeğin yanında belirti dağılımını araştırmaya yönelik bir belirti kontrol listesi bulunmaktadır (158). Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmaları Karamustafalıoğlu ve ark. ve Tek ve ark. tarafından yapılmıştır (159,160).

3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyon bulgularının şiddetini ölçmek amacıyla Beck tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşur. Her madde depresyona özgü karamsarlık, suçluluk duyguları ya da uyku bozukluğu gibi çeşitli bulgulara dair dört dereceli

kendini değerlendirme cümlesi içerir. Her madde 0 – 3 arasında puanlanır. Toplam puan 0 – 63 arasında değişmektedir (161). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve ark. tarafından yapılmıştır (162).

3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. 21 maddeden oluşan, likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde “hiç”, “hafif derecede” “orta derecede”, “ciddi derecede” seçeneklerini içerir ve 0 – 3 puan arasında puanlama yapar. Puan aralığı 0 – 63 arasındadır (163). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (164).

3.2.5. Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ)

Obsesif kompulsif bulgularla ilişkili inanışları ölçmek üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Alanında uzman kişilerden oluşan “Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu” tarafından geliştirilmiştir (115). 87 soruluk, altı alt ölçekten oluşan ilk formu aralarında yüksek bağıntı bulunan alt ölçekleri birleştirmek ve araştırmacılara kullanım kolaylığı sağlamak amacıyla gözden geçirilmiştir. Ölçeğin son hali, 7 basamaklı likert tipi ölçüm yapan 44 maddeden oluşmakta, üç alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçekler sorumluluk / tehlike beklentisi, mükemmeliyetçilik / kesinlik, önem verme / düşünceleri kontrol etme şeklindedir (33). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Boysan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (114).

3.3. İSTATİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler için SPSS 18.0 programı kullanılmıştır. Öncelikli olarak verilerin dağılımlarının normal olup olmadığı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir.

Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde sayısal veriler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak tablo halinde verilmiştir.

Nominal ve bazı ordinal özellikli verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sayısal verilerin üç grup arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Çalışmada iki değişken arasındaki korelasyon ilişkisinin değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren, sayısal verilerde Pearson korelasyon analizi, normal dağılmayan ya da ordinal verilerin karşılaştırılmasında ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Cohen'in davranış bilimleri için önerdiği değer aralıklarına göre korelasyon katsayıları yorumlanmıştır (165).

Çalışmada ayrıca birden fazla bağımsız değişkenin bağımlı tek değişken üzerine etkisinin değerlendirilmesinde çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Bağımlı değişken ile korelasyon gösteren bağımsız değişkenlerinden hangilerinin korelasyon eşitliğine alınacağı ileri doğru seçim metodu ile belirlenmiştir.

Tüm analizlerin sonuçlarında $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Tedavi Ünitesi Obsesif Kompulsif Bozukluk yan dal polikliniğinde ayaktan takip ve tedavi edilmekte olan halihazırda ya da geçmişte depresyon komorbiditesi bulunan 50 OKB hastası (OKB + MDB) ve hiç MDB geçirmemiş 50 OKB hastası (OKB – MDB) olmak üzere toplamda yüz OKB hastası alınmıştır.

4.1. HASTA GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya alınan OKB + MDB hasta grubu 25 (% 50,0) kadın ve 25 (% 50,0) erkek hastadan oluşmaktadır. OKB – MDB hasta grubu ise 27 kadın (% 54,0) ve 23 erkek (% 46,0) hastadan oluşmaktadır.

OKB + MDB hasta grubunun yaş ortalaması $31,76 \pm 9,96$ yıl olarak saptanmıştır. OKB – MDB hasta grubunun yaş ortalaması ise $29,30 \pm 8,92$ yıl olarak belirlenmiştir.

Hasta grupları cinsiyet dağılımı ve yaş ortalamaları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hasta gruplarının cinsiyet ve yaş ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: OKB + MDB ve OKB – MDB hasta gruplarının cinsiyet ve yaş durumu

	OKB + MDB Hasta Grubu n=50		OKB - MDB Hasta Grubu n=50		p
	Kadın (n=25) % 50	Erkek (n=25) % 50	Kadın (n=27) % 54,0	Erkek (n=23) % 46,0	
Cinsiyet					0,689*
Yaş	Ort.±SS 31,76±9,96	Median(25p-75p) 30,00(24,50-36,00)	Ort.±SS 29,30±8,92	Median(25p-75p) 28,50(20,75-34,50)	0,203**

*Ki-kare testi kullanılmıştır. **:Mann – Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Ort.:Ortalama SS: Standart Sapma P: Persantil

OKB + MDB hasta grubunda 30 (%60,0) hastanın bekar, 12 (%24,0) hastanın evli, 8 (%14) hastanın ise eşinden ayrılmış ya da dul olduğu saptanmıştır. OKB – MDB hasta grubunda ise hastaların 25'inin (%50,0) bekar, 22'sinin (%44,0) evli, 3'ünün (%6,0) boşanmış olduğu belirlenmiştir. Medeni hal açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,059$) (Tablo 7).

Eğitim düzeyi açısından gruplar karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda hastaların 6'sı (%12,0) ilkokul mezunu, 6'sı (%12,0) ortaokul mezunu, 12'si (%24,0) lise mezunu iken bu gruptaki hastaların 26'sının (%52,0) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. OKB – MDB hasta grubunda ise hastaların 4'ü (% 8,0) ilkokul, 6'sı (%12,0) ortaokul, 14'ü (% 28) lise mezunuyken bu gruptaki hastaların 26'sının (% 52,0) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,907$) (Tablo 7).

OKB + MDB hasta grubunda hastaların 22'sinin (% 44,0) düzenli bir işte çalıştığı ya da öğrenci olduğu, 28'inin (% 56,0) ise çalışmadığı ya da emekli olduğu saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise hastaların 27'sinin (% 54) çalıştığı ya da öğrenci olduğu, 23'ünün (% 46) ise çalışmadığı ya da emekli olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumu açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,317$) (Tablo 7).

Gelir dağılımı açısından gruplar karşılaştırıldığında OKB + MDB hasta grubunda 22 (% 44,0) hastanın düzenli bir gelirinin olmadığı, 7 (%14,0) hastanın asgari ücret altında, 10 (% 20,0) hastanın 1000 – 2000 lira, 11 (%22,0) hastanın aylık gelirinin 2000 lira ve üzerinde olduğu saptanmıştır. OKB - MDB hasta grubunda ise 21 (% 42,0) hastanın düzenli bir gelirinin olmadığı, 3 (% 6,0) hastanın asgari ücret altında gelire sahip olduğu, 9 (% 18,0) hastanın 1000 – 2000 lira, 17 (%34,0) hastanın aylık gelirinin 2000 lira ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Gelir dağılımı açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,389$) (Tablo 7).

Tablo 7: Hasta gruplarının sosyodemografik bilgileri

		OKB + MDB Hasta Grubu (n=50)		OKB - MDB Hasta Grubu (n=50)		x ²	p
		n	%	n	%		
Medeni Durum	Bekar	30	60,0	25	50,0	5,668	0,059
	Evli	12	24,0	22	44,0		
	Boşanmış ya da Dul	8	16,0	3	6,0		
Eğitim Durumu	İlkokul	6	12,0	4	8,0	0,554	0,907
	Ortaokul	6	12,0	6	12,0		
	Lise	12	24,0	14	28,0		
	Üniversite	26	52,0	26	52,0		
Çalışma Durumu	Çalışıyor – Öğrenci	22	44,0	27	54,0	1,000	0,317
	Çalışmıyor – Emekli	28	56,0	23	46,0		
Gelir Durumu	Geliri yok	22	44,0	21	42,0	2,962	0,398
	Asgari Ücret ve Altı	7	14,0	3	6,0		
	1000 – 2000 lira	10	20,0	9	18,0		
	2000 lira ve üstü	11	22,0	17	34,0		

Ki-kare testi uygulanmıştır.

4.2. HASTA GRUPLARININ KLİNİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILAŞTIRILMASI

OKB ve MDB dışında hastaların aldıkları tanıları değerlendirildiğinde; OKB + MDB grubunda hastaların 11'inin (% 22,0) sosyal fobi, 5'inin (% 10,0) sosyal fobi ve basit fobi, 2'sinin (% 4) basit fobi, 1'inin (% 2,0) TSSB, 1'inin (% 2,0) panik bozukluk, 1'inin (% 2,0) sosyal fobi ve panik bozukluk, 1'inin (% 2,0) yaygın anksiyete bozukluğu, 1'nin (% 2,0) ise basit fobi – sosyal fobi – TSSB – anoreksiya nevroza tanılarını aldığı saptanmıştır. OKB – MDB hasta grubunda ise hastaların 13'ünün (% 26,0) sosyal fobi, 3'ünün (% 6,0) basit fobi, 2'sinin (% 4,0) panik bozukluk, 1'inin (% 2) TSSB, 1'inin (% 2) uyum bozukluğu, 1'inin (% 2,0) distimi ek tanılarını aldığı saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8: Hasta gruplarının komorbid psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmesi

	OKB + MDB Hasta Grubu (n=50)		OKB – MDB Hasta Grubu (n=50)		X ²	p
	n	%	N	%		
Halen Depresyon	27	54,0	0	0		
Sosyal Fobi	11	22,0	13	26,0		
Basit Fobi	2	4,0	3	6,0		
Panik Bozukluk	1	2,0	2	4,0		
TSSB	1	2,0	1	2,0		
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1	2,0	0	0		
Distimi	0	0	1	2,0		
Uyum Bozukluğu	0	0	1	2,0		
Sosyal Fobi ve Basit Fobi	5	10,0	0	0		
Panik Bozukluk ve Sosyal Fobi	1	2,0	0	0		
Basit Fobi, Sosyal Fobi, TSSB ve Anoreksiya Nervosa	1	2,0	0	0		
Komorbidite yok	0	0,0	29	58		
Bir komorbid bozukluk	19	38,0	21	42	60,100	<u>≤ 0,001*</u>
İki veya daha fazla komorbid bozukluk	31	62,0	0	0		

*Ki-kare testi kullanılmıştır, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Psikiyatrik başvuru ve tedavi öyküleri açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubundaki hastaların 42'sinin (%84) daha önceden psikiyatrik takip ve tedavisi olmuşken, 8'inin (% 16) psikiyatrik takibinin ilk kez yapılmakta olduğu saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 32 (% 64) hastanın daha önceden de psikiyatrik takibi yapılmışken, 18'inin (% 36) ilk kez takip ve tedavisinin yapıldığı belirlenmiştir. Psikiyatrik başvuru ve tedavi öyküleri açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. ($p=0,023$) (Tablo 9).

Hastaların görüşme yapıldığı dönemde psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmadığı değerlendirildiğinde OKB + MDB grubunda hastaların 40'ının (% 80,0) görüşme yapıldığı dönemde bir psikiyatri ilacını düzenli olarak kullandığı, 10'unun (% 20,0) ise hiçbir psikiyatri ilacı kullanmadığı belirlenmiştir. OKB – MDB grubunda ise hastaların 29'u (% 58,0) bir psikiyatri ilacı kullanırken, 21'inin (% 42,0) hiçbir psikiyatri ilacını kullanmadığı saptanmıştır. Görüşme yapıldığı dönemde düzenli olarak psikiyatri ilacı kullanıp kullanmama açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,017$) (Tablo 9).

Kullanılan ilaçlar açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda hastalardan 20'si (%40,0) yalnızca SGİ kullanırken, 15'i (%30,0) bir SGİ ve bir atipik antipsikotik bir arada kullanmakta, 3'ü (% 6,0) Venlafaksin ve atipik antipsikotik, 1'i (% 2,0) SGİ ve mirtazapin, 1'i (% 2,0) SGİ atipik antipsikotik ve mirtazapin'i beraber kullanmaktadır. OKB – MDB hasta grubunda ise 22 (% 44,0) hastanın SGİ, 6 (% 12,0) hastanın SGİ ve atipik antipsikotik kullandığı, 1 (% 2,0) hastanın ise SGİ ve buspiron kullandığı saptanmıştır (Tablo 9).

Katılımcıların kullandığı ilaç sayısı açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda hastaların 10'u (%20,0) herhangi bir ilaç kullanmazken, 20'si (% 40,0) bir ilaç, 20'si (% 40,0) iki veya daha fazla ilaç kullanmaktadır. OKB – MDB grubunda ise katılımcıların 21'i (% 42,0) herhangi bir ilaç kullanmazken, 22'si (% 44,0) bir ilaç, 7'si (%14,0) iki veya daha fazla ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaç sayısı açısından gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p = 0,006$) (Tablo 9).

OKB + MDB grubunda hastaların ortalama $1,78 \pm 4,99$ yıldır ilaç kullandığı saptanırken, OKB – MDB hasta grubunun ortalama $0,52 \pm 0,92$ yıldır ilaç kullandığı belirlenmiştir. İlaç kullanım süreleri açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,420$) (Tablo 9).

Düzenli takip gerektiren ek bedensel hastalıklar açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 9 (% 18,0) hastanın ek bedensel hastalığı bulunmaktayken, 41 (%82,0) hastanın ek bir bedensel hastalığının olmadığı belirlenmiştir. OKB – MDB grubunda ise 3 (% 6,0) hastanın bedensel hastalığı

varken, 47 (% 94,0) hastanın ek bedensel hastalığının olmadığı saptanmıştır. Düzenli takip gerektiren ek bedensel hastalık varlığı açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,065$) (Tablo 9).

Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık varlığı açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 20 (% 40,0) hastanın birinci derece akrabalarında bir psikiyatrik hastalık bulunmaktayken, 30 (%60,0) hastanın birinci derece akrabalarında ise herhangi bir psikiyatrik hastalığın olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda 22 (% 44,0) hastanın birinci derece akrabalarında bir psikiyatrik hastalık bulunmaktayken, 28 (% 56,0) hastanın birinci derece akrabalarında ise herhangi bir psikiyatrik hastalığın olmadığı saptanmıştır. Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık varlığı açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,685$) (Tablo 9).

Birinci derece akrabalarda OKB varlığı açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 4 (% 8,0) hastanın birinci derece akrabalarında OKB bulunmaktayken, 46 (%92,0) hastanın birinci derece akrabalarında ise OKB olmadığı belirlenmiştir. OKB – MDB grubunda 3 (% 6,0) hastanın birinci derece akrabalarında OKB bulunmaktayken, 47 (% 94,0) hastanın birinci derece akrabalarında ise OKB olmadığı saptanmıştır. Birinci derece akrabalarda OKB varlığı açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,695$) (Tablo 9).

Birinci derece akrabalarda düzenli takip gerektiren bir bedensel hastalık varlığı açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 8 (% 16,0) hastanın birinci derece akrabalarında bir bedensel hastalık bulunmaktayken, 42 (%84,0) hastanın birinci derece akrabalarında ise bir bedensel hastalık bulunmadığı belirlenmiştir. OKB – MDB grubunda 3 (% 6,0) hastanın birinci derece akrabalarında bir bedensel hastalık bulunmaktayken, 47 (% 94,0) hastanın birinci derece akrabalarında ise bir bedensel hastalık bulunmadığı saptanmıştır. Birinci derece akrabalarda bedensel hastalık varlığı açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,110$) (Tablo 9).

Tablo 9: Hasta gruplarının genel klinik verilerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması

			OKB + MDB Hasta Grubu (n=50)		OKB – MDB Hasta Grubu (n=50)			
			N	%	N	%	x ²	P
Psikiyatrik Başvuru Tedavi Öyküsü**	ve	Var	42	84,0	32	64,0	5,198	<u>0,023*</u>
		Yok	8	16,0	18	36,0		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı**	İlaç	Var	40	80,0	29	58,0	5,657	<u>0,017*</u>
		Yok	10	20,0	21	42,0		
Psikiyatrik İlaç Sayısı**	İlaç	İlaç kullanmıyor	10	20,0	21	42,0	10,258	<u>0,006*</u>
		1 ilaç	20	40,0	22	44,0		
		2 veya daha fazla	20	40,0	7	14,0		
		Yok	10	20,0	21	42,0		
Kullanılan Psikiyatrik İlaç**		SGİ	20	40,0	22	44,0		
		SGİ ve AA	15	30,0	6	12,0		
		Venlafaksin ve AA	3	6,0	0	0		
		SGİ ve Mirtazapin	1	2,0	0	0		
		SGİ, AA ve Mirtazapin	1	2,0	0	0		
		SGİ ve Bupiron	0	0	1	2,0		
		Ek Hastalık**	Bedensel	Var	9	18,0		
Yok	41	82,0	47	94,0				
Birinci Akrabalarda Psikiyatrik **	Derece Hastalık	Var	20	40,0	22	44,0	0,164	0,685
		Yok	30	60,0	28	56,0		
Birinci Akrabalarda OKB**	Derece	Var	4	8,0	3	6,0	0,154	0,695
		Yok	46	92,0	47	94,0		
Birinci Akrabalarda Bedensel Hastalık**	Derece	Var	8	16,0	3	6,0	2,554	0,110
		Yok	42	84,0	47	94,0		
İlaç Kullanım Süresi (Yıl)***			Ort.±SS		Ort.±SS		P	
			1,78 ± 4,99		0,52 ± 0,92		0,420	

* $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. **Ki-kare testi kullanılmıştır. ***Mann – Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Ort.:Ortalama SS: Standart Sapma

Sigara kullanımı açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 20 (% 40,0) hasta sigara kullanmaktayken, 30 (% 60,0) hastanın sigara kullanmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 11 (% 22) hasta sigara kullanırken, 39 (% 78) hastanın sigara kullanmadığı anlaşılmıştır. Sigara kullanımı açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0,052) (Tablo 10).

Alkol kullanımı açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 13 (%26,0) hasta alkol kullanmaktayken, 37 (% 74,0) hastanın alkol kullanmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 11 (% 22) hasta alkol kullanırken, 39 (% 51,3) hastanın alkol kullanmadığı anlaşılmıştır. Alkol kullanımı açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0,640) (Tablo 10).

Hastaların psikoaktif madde kullanımları değerlendirildiğinde OKB + MDB ve OKB – MDB hasta gruplarının tümünde yalnızca 1 hastanın madde kullanımı olduğu saptanmıştır. Bu nedenle psikoaktif madde kullanımı ile ilgili ileri istatistik inceleme yapılamamıştır.

Tablo 10: Hasta gruplarının Sigara ve Alkol Kullanım Bilgileri

		Depresyon Geçirmiş Hasta Grubu (n=50)		Depresyon Geçirmemiş Hasta Grubu (n=50)		x ²	P
		N	%	N	%		
Sigara Kullanımı	Var	20	40,0	11	22,0	3,787	0,052
	Yok	30	60,0	39	78,0		
Alkol Kullanımı	Var	13	26,0	11	22,0	0,219	0,640
	Yok	37	74,0	39	78,0		

Ki-kare testi uygulanmıştır.

İntihar girişimi açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda hastaların 7'si (%14,0) daha önce intihar girişiminde bulunmuşken, 43'ünün (% 86,0) intihar girişiminde bulunmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise hastaların 5'i (%10,0) daha önce intihar girişiminde bulunmuşken 45'i (%90,0) hiç

intihar girişiminde bulunmamıştır. İntihar girişiminde bulunma açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,538$). OKB + MDB grubundaki intihar girişiminde bulunmuş hastaların 3'ü (% 6,0) 1 kez, 2'si (% 4,0) 2 kez, 2'si (% 4,0) ise 3 veya daha fazla kez intihar girişiminde bulunurken; OKB – MDB grubundaki intihar girişiminde bulunmuş hastaların 3'ü (% 6,0) 1 kez, 1'i (% 2,0) 2 kez, 1'i (% 2,0) ise 3 veya daha fazla kez intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11: Hasta gruplarının intihar girişimlerine ilişkin bilgiler

		OKB + MDB Hasta Grubu (n=50)		OKB – MDB Hasta Grubu (n=50)		χ^2	P
		N	%	N	%		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	7	14,0	5	10,0	0,379	0,538*
	Yok	43	86,0	45	90,0		
	Yok	43	86,0	45	90,0		
İntihar Girişimi Sayısı	1 Kez	3	6,0	3	6,0		
	2 Kez	2	4,0	1	2,0		
	3 veya daha fazla	2	4,0	1	2,0		

*Ki-kare testi uygulanmıştır

4.3. HASTA VE KONTROL GRUBUNUN ÖLÇEKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILAŞTIRILMASI

Grupların depresif bulgularının şiddeti BDÖ ile değerlendirilmiştir. OKB + MDB grubunun BDÖ puan ortalaması $24,36 \pm 10,98$; OKB – MDB grubunun puan ortalaması ise $15,78 \pm 8,97$ olarak belirlenmiştir. OKB + MDB hasta grubunun BDÖ puanları, OKB – MDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 12).

BAÖ puanları açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB hasta grubunun BAÖ puan ortalaması $19,36 \pm 12,53$; OKB – MDB hasta grubunun puan ortalaması ise $16,52 \pm 11,88$ olarak belirlenmiştir. Grupların kaygı düzeyleri BAÖ ile

değerlendirildiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p = 0,248$) (Tablo 12).

OKB bulgularının şiddeti YBOKÖ ile değerlendirilmiştir. OKB + MDB hasta grubunun YBOKÖ puan ortalaması $20,84 \pm 8,47$; OKB – MDB hasta grubunun puan ortalaması ise $20,26 \pm 8,26$ olarak belirlenmiştir. Grupların OKB bulgularının şiddeti YBOKÖ ile değerlendirildiğinde iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p = 0,730$) (Tablo 12).

Tablo 12: OKB + MDB ve OKB – MDB hasta gruplarının BDÖ, BAÖ ve YBOKÖ açısından karşılaştırılması

	OKB + MDB Hasta Grubu n=50	OKB – MDB Hasta Grubu n=50		
	Ort.±SS	Ort.±SS	T	p
BDÖ	24,36 ± 10,98	15,78 ± 8,97	4,278	<0,001*
BAÖ	19,36 ± 12,53	16,52 ± 11,88	1,163	0,248
YBOKÖ	20,84 ± 8,47	20,26 ± 8,26	0,346	0,730

*Student t testi testi kullanılmıştır. Ort.: Ortalama, SS:Standart Sapma, * $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.*

MDB'un anksiyete bulguları ve obsesif – kompulsif bulguların şiddetine olan etkisini daha detaylı incelemek için OKB + MDB hasta grubundaki hastalar halen depresyonu olan ve daha önce depresyon geçirmiş hastalar olmak üzere iki gruba ayrıldı. 3 grubun YBOKÖ puanları karşılaştırıldı. Tek yönlü varyans analizleri sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13: Halen MDB olan, Daha Önce MDB geçirmiş ve Hiç MDB geçirmemiş hasta gruplarının BAÖ ve YBOKÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Halen MDB olan Hasta Grubu n=20	Daha Önce MDB Geçirmiş Hasta Grubu n=30	Hiç MDB Geçirmemiş (OKB – MDB) Hasta Grubu n = 50		
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	F	p
BAÖ	22,250 ± 12,92	17,433 ± 12,09	16,520 ± 11,88	1,624	0,202
YBOKÖ Puanı	20,950 ± 6,93	20,760 ± 4,48	20,26 ± 8,26	0,062	0,940
YBOKÖ – Obsesyon puanları	11,200 ± 3,25	10,666 ± 4,37	10,460 ± 4,24	0,231	0,794
YBOKÖ – Kompulsiyon puanları	9,75 ± 4,43	10,100 ± 5,26	9,80 ± 4,71	0,047	0,954

Tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Grup varyanslarının eşit olduğu belirlenmiştir. Ort.: Ortalama, SS:Standart Sapma.

Katılımcıların OKB bulgularına yönelik içgörüsü YBOKÖ'nin 11. maddesi ile değerlendirilmiştir. İçgörü düzeyinin YBOKÖ 11. Maddesi ile değerlendirildiği pek çok çalışmada 11. Maddeden 0, 1 ve 2 puan alan katılımcılar “içgörüsü iyi”; 3 ve 4 puan alanlar “içgörüsü zayıf” olarak değerlendirilmiştir (133,166–168).

OKB + MDB grubundaki 40 (% 80,0) hastanın içgörüsünün iyi, 10 (% 20,0) hastanın ise içgörüsünün zayıf olduğu belirlenmiştir. OKB – MDB grubunda ise hastaların 47'sinin (% 94,0) içgörüsünün iyi, 3'ünün (% 6,0) içgörüsünün zayıf olduğu belirlenmiştir. İçgörü düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır (p = 0,037).

Hastaların kaçınma düzeyleri YBOKÖ'nin 12. maddesi ile değerlendirilmiştir. OKB + MDB hasta grubundaki 7 (% 14,0) hastanın görünürde bir kaçınmasının olmadığı, 13 (% 26,0) hastanın hafif, 15 (% 30,0) hastanın orta, 14 (% 28,0) hastanın ağır, 1 (% 2,0) hastanın ise çok ağır düzeyde kaçınmalarının olduğu saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 11 (% 22,0) hastanın görünürde bir kaçınmasının olmadığı, 11 (% 22,0) hastanın hafif, 13 (% 26,0) hastanın orta, 15 (% 30,0) hastanın ağır derecede kaçınmalarının olduğu belirlenmiştir. Ki – kare testinde değerlendirmek için ağır ve çok ağır düzeyde kaçınma değişkenleri bir arada

değerlendirilmiştir. Kaçınma düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır (p=0,753).

Hasta Gruplarının İçgörü ve Kaçınma Düzeylerine İlişkin Bilgiler Tablo 14’te özetlenmiştir.

Tablo 14: Hasta Gruplarının İçgörü ve Kaçınma Düzeylerine İlişkin Bilgiler

		OKB + MDB Hasta Grubu (n=50)		OKB – MDB Hasta Grubu (n=50)		x ²	P
		n	%	n	%		
İçgörü	İçgörüsü İyi	40	80,0	47	94,0	4,432	<u>0,037*</u>
	İçgörüsü Zayıf	10	20,0	3	6,0		
Kaçınma	Görünürde Yok	7	14,0	11	22,0	1,198	0,753
	Hafif	13	26,0	11	22,0		
	Orta	15	30,0	13	26,0		
	Ağır ya da Çok Ağır	15	30,0	15	30,0		

*Ki-kare testi uygulanmıştır. *p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.*

Katılımcıların obsesyon ve kompulsiyon tipleri YBOKÖ Semptom Kontrol Listesi ile değerlendirilmiştir (Tablo 15).

Saldırganlık obsesyonları açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 17 (% 34,0) hastanın saldırganlık obsesyonu bulunurken, 33 (% 66,0) hastanın bu tipte obsesyonunun olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 16 (% 32,0) hastanın saldırganlık obsesyonları bulunurken, 34 (% 68,0) hastanın bu tipte obsesyonunun olmadığı anlaşılmıştır. Saldırganlık obsesyonları açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,832).

Kirlenme obsesyonları açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB hasta grubunda 32 (% 64,0) hastanın kirlenme obsesyonu bulunurken, 18 (% 36,0) hastanın bu tipte obsesyonunun olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 31 (% 62,0) hastanın kirlenme obsesyonları bulunurken, 19 (% 38,0) hastanın bu tipte

obsesyonunun olmadığı anlaşılmıştır. Kirlenme obsesyonları açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,836$).

Cinsel obsesyonlar açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB hasta grubunda 20 (%40,0) hastanın cinsel obsesyonları bulunurken, 30 (%60,0) hastanın bu tipte obsesyonunun olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 11 (%22,0) hastanın cinsel obsesyonları bulunurken, 39 (%78,0) hastanın bu tipte obsesyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Cinsel obsesyonlar açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,052$).

Biriktirme / Saklama obsesyonları açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 3 (%6,0) hastanın biriktirme / saklama obsesyonları bulunurken, 47 (% 94,0) hastanın bu tipte obsesyonunun olmadığı saptanmıştır. OKB–MDB grubunda ise 2 (%4,0) hastanın biriktirme / saklama obsesyonları bulunurken, 48 (%96,0) hastanın bu tipte obsesyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Biriktirme / Saklama obsesyonları açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,646$).

Dini obsesyonlar açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 24 (%48,0) hastanın dini obsesyonları bulunurken, 26 (%52,0) hastanın bu tipte obsesyonunun olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 23 (%46,0) hastanın dini obsesyonları bulunurken, 27 (%54,0) hastanın bu tipte obsesyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Dini obsesyonlar açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,841$).

Eşyaların simetrikliği ve düzeni ile ilgili obsesyonlar açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 14 (% 28,0) hastanın simetri ve düzen ile ilgili obsesyonları bulunurken, 36 (%72,0) hastanın bu tipte obsesyonunun olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 15 (%30,0) hastanın simetri ve düzen ile ilgili obsesyonları bulunurken, 35 (%70,0) hastanın bu tipte obsesyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Eşyaların simetrikliği ve düzeni ile ilgili obsesyonlar açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,826$).

Diğer obsesyonlar açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB hasta grubunda 11 (%22,0) hastanın dini obsesyonları bulunurken, 39 (%78,0) hastanın bu

tipte obsesyonunun olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 12 (%24,0) hastanın diğer obsesyonları bulunurken, 38 (%76,0) hastanın bu tipte obsesyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Diğer obsesyonlar açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,812$).

Somatik obsesyonlar açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 4 (% 8,0) hastanın somatik obsesyonları bulunurken, 46 (% 92,0) hastanın bu tipte obsesyonunun olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 3 (%6,0) hastanın somatik obsesyonları bulunurken, 47 (%94,0) hastanın bu tipte obsesyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Somatik obsesyonlar açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,695$).

Temizleme / yıkama kompulsiyonları açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 32 (%64,0) hastanın temizleme / yıkama kompulsiyonları bulunurken, 18 (%36,0) hastanın bu tipte kompulsiyonunun olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 33 (%66,0) hastanın temizleme / yıkama kompulsiyonları bulunurken, 17 (%34,0) hastanın bu tipte kompulsiyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Temizlenme / yıkama kompulsiyonları açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,834$).

Kontrol etme kompulsiyonları açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 29 (%58,0) hastanın kontrol etme kompulsiyonları bulunurken, 21 (%42,0) hastanın bu tipte kompulsiyonlarının olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 28 (%56,0) hastanın kontrol etme kompulsiyonları bulunurken, 22 (%44,0) hastanın bu tipte kompulsiyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Kontrol etme kompulsiyonları açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,840$).

Tekrarlayıcı törensel davranışlar açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 23 (%46,0) hastanın tekrarlayıcı törensel davranışlarda bulunduğu, 27 (%54,0) hastanın ise bu tipte davranışlarının olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 19 (%38,0) hastanın tekrarlayıcı törensel davranışlarda bulunurken, 31 (% 62,0) hastanın bu tipte davranışlarının olmadığı anlaşılmıştır. Tekrarlayıcı törensel

davranışlar açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,418$).

Sayma kompulsiyonları açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 11 (% 22,0) hastanın sayma kompulsiyonları bulunurken, 39 (% 78,0) hastanın bu tipte kompulsiyonlarının olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 10 (% 20,0) hastanın sayma kompulsiyonları bulunurken, 40 (% 80,0) hastanın bu tipte kompulsiyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Sayma kompulsiyonları açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,806$).

Sıralama / düzenleme kompulsiyonları açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 11 (%22,0) hastanın sıralama / düzenleme kompulsiyonları bulunurken, 39 (%78,0) hastanın bu tipte kompulsiyonlarının olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 6 (%12,0) hastanın sıralama / düzenleme kompulsiyonları bulunurken, 44 (%88,0) hastanın bu tipte kompulsiyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Sıralama / düzenleme kompulsiyonları açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,183$).

Biriktirme / toplama kompulsiyonları açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 1 (%2,0) hastanın biriktirme / toplama kompulsiyonları bulunurken, 49 (% 98,0) hastanın bu tipte kompulsiyonlarının olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 4 (% 8,0) hastanın biriktirme / toplama kompulsiyonları bulunurken, 46 (% 92,0) hastanın bu tipte kompulsiyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Biriktirme / toplama kompulsiyonları açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,169$).

Diğer kompulsiyonlar açısından iki grup karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunda 14 (%28,0) hastanın diğer kompulsiyonları bulunurken, 36 (%72,0) hastanın bu tipte kompulsiyonlarının olmadığı saptanmıştır. OKB – MDB grubunda ise 9 (%18,0) hastanın diğer kompulsiyonları bulunurken, 41 (%82,0) hastanın bu tipte kompulsiyonlarının olmadığı anlaşılmıştır. Diğer kompulsiyonlar açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,235$).

Tablo 15: Hasta gruplarının Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Belirti Kontrol Listesi ile Değerlendirilmesi

		OKB + MDB Hasta Grubu (n=50)		OKB – MDB Hasta Grubu (n=50)		χ^2	P
		N	%	N	%		
Saldırganlık Obsesyonları	Var	17	34,0	16	32,0	0,045	0,832
	Yok	33	66,0	34	68,0		
Kirlenme Obsesyonları	Var	32	64,0	31	62,0	0,043	0,836
	Yok	18	36,0	19	38,0		
Cinsel Obsesyonlar	Var	20	40,0	11	22,0	3,787	0,053
	Yok	30	60,0	39	78,0		
Biriktirme / Saklama Obsesyonları	Var	3	6,0	2	4,0	0,211	0,646
	Yok	47	94,0	48	96,0		
Dini Obsesyonlar	Var	24	48,0	23	46,0	0,40	0,841
	Yok	26	52,0	27	54,0		
Eşyaların Simetrikliği ve Düzeni ile İlgili Obsesyonlar	Var	14	28,0	15	30,0	0,49	0,826
	Yok	36	72,0	35	70,0		
Diğer Obsesyonlar	Var	11	22,0	12	24,0	0,56	0,812
	Yok	39	78,0	38	76,0		
Somatik Obsesyonlar	Var	4	8,0	3	6,0	0,154	0,695
	Yok	46	92,0	47	94,0		
Temizlenme / Yıkama Kompulsiyonları	Var	32	64,0	33	66,0	0,44	0,834
	Yok	18	36,0	17	34,0		
Kontrol Etme Kompulsiyonları	Var	29	58,0	28	56,0	0,41	0,840
	Yok	21	42,0	22	44,0		
Tekrarlayıcı Törenselleşen Davranışlar	Var	23	46,0	19	38,0	0,657	0,418
	Yok	27	54,0	31	62,0		
Sayma Kompulsiyonları	Var	11	22,0	10	20,0	0,60	0,806
	Yok	39	78,0	40	80,0		
Sıralama / Düzenleme Kompulsiyonları	Var	11	22,0	6	12,0	1,772	0,183
	Yok	39	78,0	44	88,0		
Biriktirme / Toplama Kompulsiyonları	Var	1	2,0	4	8,0	1,895	0,169
	Yok	49	98,0	46	92,0		
Diğer Kompulsiyonlar	Var	14	28,0	9	18,0	1,142	0,232
	Yok	36	72,0	41	82,0		

Ki – kare testi ile değerlendirilmiştir.

4.4. HASTA GRUPLARININ OBSESİF İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KARŞILAŞTIRILMASI

Hasta grupları OİÖ toplam puanları açısından karşılaştırıldığında, OKB + MDB hasta grubunun toplam puan ortalaması $178,10 \pm 52,131$; OKB – MDB grubunun toplam puan ortalaması $165,94 \pm 57,679$ olarak saptanmıştır. Grupların OİÖ toplam puanları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p = 0,274$).

Sorumluluk / tehlike beklentisi alt ölçeği (OİÖ – ST) puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunun puan ortalaması $66,06 \pm 21,210$; OKB – MDB grubunun puan ortalaması ise $59,10 \pm 22,801$ olarak saptanmıştır. OİÖ – ST puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p = 0,119$).

Mükemmeliyetçilik / kesinlik alt ölçeği (OİÖ – MK) puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunun puan ortalaması $68,140 \pm 21,502$; OKB – MDB grubunun puan ortalaması ise $67,820 \pm 23,575$ olarak saptanmıştır. OİÖ – MK puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p = 0,944$).

Önem verme / düşünceleri kontrol etme alt ölçeği (OİÖ – ÖV) puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında OKB + MDB grubunun puan ortalaması $43,64 \pm 15,857$; OKB – MDB grubunun puan ortalaması ise $39,02 \pm 16,758$ olarak saptanmıştır. OİÖ – ÖV puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p = 0,160$).

Hasta gruplarının obsesif inanışlar ölçeği toplam ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılmasına yönelik bilgiler Tablo 16’da özetlenmiştir.

Tablo 16: OKB + MDB ve OKB – MDB Hasta Gruplarının Obsesif İnanışlar Ölçeği Açısından Karşılaştırılması

	OKB + MDB Hasta Grubu n=50	OKB – MDB Hasta Grubu n=50		
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	T	p
OİÖ Toplam Puan	178,1± 52,131	165,94± 57,679	1,100	0,274
Sorumluluk / Tehlike beklentisi	66,06± 21,210	59,10 ± 22,801	1,572	0,119
Mükemmeliyetçilik / Kesinlik	68,14± 21,502	67,82 ± 23,575	0,071	0,944
Önem verme / Düşünceleri kontrol etme	43,64± 15,857	39,02 ± 16,758	1,416	0,160

Student t testi testi kullanılmıştır. Ort.: Ortalama, SS:Standart Sapma,

Obsesif inanışların MDB gelişimindeki rolünü daha detaylı incelemek için OKB + MDB hasta grubundaki hastalar halen depresyonu olan ve daha önce depresyon geçirmiş hastalar olmak üzere iki gruba ayrıldı. 3 grubun obsesif inanışlar ölçeği puanları karşılaştırıldı. Tek yönlü varyans analizleri sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 17: Üç Hasta Grubunun Obsesif İnanışlar Ölçeği Açısından Karşılaştırılması

	Halen MDB olan Hasta Grubu n=20	Daha Önce MDB Geçirmiş Hasta Grubu n=30	Hiç MDB Geçirmemiş Hasta Grubu (OKB – MDB) n = 50		
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	F	p
OİÖ Toplam Puan	192,50 ± 53,12	168,17± 49,93	165,94 ± 57,67	1,787	0,173
Sorumluluk / Tehlike beklentisi	70,05 ± 21,35	63,31 ± 21,03	59,10 ± 22,80	1,792	0,172
Mükemmeliyetçilik / Kesinlik	76,85 ± 21,70	62,33 ± 19,62	67,82 ± 23,57	2,592	0,080
Önem verme / Düşünceleri kontrol etme	45,60 ± 15,80	42,33 ± 16,02	39,02 ± 16,75	1,236	0,295

Tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Grup varyanslarının eşit olduğu belirlenmiştir. Ort.: Ortalama, SS:Standart Sapma.

4.5. OBSESİF İNANIŞLARIN DİĞER ÖLÇEKLERLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

OİÖ toplam puanları ve BDÖ puanları arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,498$ $p < 0,01$). OİÖ – ST puanları ve BDÖ puanları arasında yüksek derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,520$ $p < 0,01$). OİÖ – MK puanları ve BDÖ puanları arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,377$ $p < 0,01$). OİÖ – ÖV puanları ile BDÖ puanları arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,447$ $p < 0,01$).

OİÖ toplam puanları ve BAÖ puanları arasında yüksek derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,549$ $p < 0,01$). OİÖ – ST puanları ve BAÖ puanları arasında yüksek derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,550$ $p < 0,01$). OİÖ – MK puanları ve BAÖ puanları arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,447$ $p < 0,01$). OİÖ – ÖV puanları ile BAÖ puanları arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,450$ $p < 0,01$).

OİÖ toplam puanları ve YBOKÖ puanları arasında düşük derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,248$ $p < 0,05$). OİÖ – ST puanları ve YBOKÖ puanları arasında düşük derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,286$ $p < 0,05$). OİÖ - MK puanları ve YBOKÖ puanları arasında düşük derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,243$ $p < 0,05$). OİÖ - ÖV puanları ile YBOKÖ puanları arasında korelasyon saptanmamıştır ($r: 0,100$ $p = 0,321$).

OİÖ toplam puanları ve YBOKÖ – obsesyon puanları arasında düşük derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,259$ $p < 0,05$). OİÖ – ST puanları ve YBOKÖ – obsesyon puanları arasında düşük derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,285$ $p < 0,05$). OİÖ – MK puanları ve YBOKÖ – obsesyon puanları arasında düşük derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,245$ $p < 0,05$). OİÖ – ÖV puanları ile YBOKÖ puanları arasında korelasyon saptanmamıştır ($r: 0,137$ $p = 0,174$).

OİÖ toplam puanları ve YBOKÖ – kompulsiyon puanları arasında düşük derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,214$ $p < 0,05$). OİÖ – ST puanları ve YBOKÖ puanları arasında düşük derecede korelasyon saptanmıştır ($r: 0,260$ $p < 0,05$). OİÖ – MK alt ölçeği puanları ve YBOKÖ puanları arasında düşük derecede korelasyon

saptanmıştır ($r: 0,217$ $p < 0,05$). OİÖ – ÖV puanları ile YBOKÖ puanları arasında korelasyon saptanmamıştır ($r: 0,059$ $p = 0,562$).

YBOKÖ – 11. Madde / içgörü düzeyi ile OİÖ toplam ve OİÖ alt ölçek puanları arasında korelasyon saptanmamıştır.

YBOKÖ – 12. Madde / kaçınma düzeyi ile OİÖ toplam ve OİÖ alt ölçek puanları arasında korelasyon saptanmamıştır.

Hasta Grubunun OİÖ toplam ve alt ölçek puanları ile kullanılan diğer ölçeklerin korelasyon analizleri Tablo 18’de özetlenmiştir.

Tablo 18: Hasta Grubunun OİÖ toplam ve alt ölçek puanları ile kullanılan diğer ölçeklerin korelasyon analizleri

	Sorumluluk / Tehlike Beklentisi	Mükemmeliyetçilik / Kesinlik	Önem Verme / Düşünceleri Kontrol Etme	OİÖ Toplam
BDÖ	r: 0,520 p < 0,01	r: 0,377 p < 0,01	r: 0,447 p < 0,01	r: 0,498 p < 0,01
BAÖ	r: 0,550 p < 0,01	r: 0,447 p < 0,01	r: 0,450 p < 0,01	r: 0,549 p < 0,01
YBOKÖ	r: 0,286 p < 0,05	r: 0,243 p < 0,05	r: 0,100 p = 0,321	r: 0,248 p < 0,05
YBOKÖ – Obsesyon Puanları	r: 0,285 p < 0,05	r: 0,245 p < 0,05	r: 0,137 p = 0,174	r: 0,259 p < 0,05
YBOKÖ – Kompulsiyon Puanları	r: 0,260 p < 0,05	r: 0,217 p < 0,05	r: 0,059 p = 0,562	r: 0,214 p < 0,05
YBOKÖ – 11. Madde / İçgörü Düzeyi	$r_s: 0,005$ p = 0,959	$r_s: 0,08$ p = 0,429	$r_s: - 0,192$ p = 0,056	$r_s: -0,029$ p = 0,774
YBOKÖ – 12. Madde / Kaçınma Düzeyi	$r_s: 0,065$ p = 0,520	$r_s: 0,079$ p = 0,435	$r_s: - 0,005$ p = 0,963	$r_s: 0,039$ p = 0,703

OİÖ: Obsesif İnanışlar Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, YBOKÖ: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, r: Pearson Korelasyon Katsayısı, r_s : Spearman Korelasyon Katsayısı. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4.6. DEPRESİF BULGULARI YORDAYAN ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Depresif bulguların şiddeti BDÖ ile değerlendirilmiştir. BDÖ puanlarının ilişkili diğer ölçüm araçlarıyla olan bağıntısı incelendiğinde; BDÖ puanlarının BAÖ ve OİÖ – ST ile yüksek derecede, YBOKÖ toplam puanları, OİÖ – ÖV ve OİÖ – MK ile orta derece, YBOKÖ – 12. Kaçınma maddesi puanlarıyla ise düşük derecede korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. BDÖ puanlarının YBOKÖ 11. Madde / İçgörü düzeyi ile bağıntısı saptanmamıştır (Tablo 19).

Tablo 19: BDÖ'nin diğer ölçüm araçları ile korelasyonları

	BDÖ	
	Korelasyon Katsayısı	p
BAÖ	r: 0,591	<u>p < 0,01*</u>
YBOKÖ	r: 0,349	<u>p < 0,01*</u>
YBOKÖ – 11. Madde / İçgörü Düzeyi	r_s : 0,097	p = 0,337
YBOKÖ – 12. Madde / Kaçınma Düzeyi	r_s : 0,265	<u>p < 0,05*</u>
Sorumluluk / Tehlike Beklentisi	r: 0,520	<u>p < 0,01*</u>
Önem Verme / Düşünceleri Kontrol Etme	r: 0,447	<u>p < 0,01*</u>
Mükemmeliyetçilik / Kesinlik	r: 0,377	<u>p < 0,01*</u>

*OİÖ: Obsesif İnanışlar Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, YBOKÖ: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, r: Pearson Korelasyon Katsayısı, r_s : Spearman Korelasyon Katsayısı, * $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.*

BDÖ puanları ile bağıntılı olduğu belirlenen değişkenlerin etkilerini daha net ortaya koyabilmek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. BDÖ puanları bağımlı değişken; BAÖ, YBOKÖ ve OİÖ alt ölçek puanları bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler arasında “çoklu doğrusal bağlantı” (*multicollinearity*) oluşumunu engellemek için, diğer bağımsız değişkenlerle aralarında yüksek korelasyon bulunan YBOKÖ obsesyon, YBOKÖ kompulsiyon ve OİÖ toplam puanları ayrı değişkenler olarak regresyon analizine alınmamıştır. BDÖ

puanları ile düşük düzeyde korelasyon gösteren YBOKÖ – kaçınma puanları örneklem büyüklüğü de göz önüne alınarak regresyon analizine alınmamıştır. Analiz öncesinde sağlıklı sonuç almayı engelleyebilecek uç değerleri olan bir hastanın verileri işlem dışı bırakılmıştır. BDÖ puanlarının ve bağımsız değişkenlerin tüm örneklem için normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Analize alınan bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı saptanmamıştır.

Bağımsız değişkenlerinden hangilerinin korelasyon eşitliğine alınacağı ileri doğru seçim metodu ile belirlenmiştir. Kurulan ilk modelde yalnız BAÖ puanları varyansın % 36'sını açıklamıştır. İkinci modelde BAÖ ve OİÖ – ST puanları varyansın % 42'sini açıklamıştır. Üçüncü ve son modelde BAÖ, OİÖ – ST puanları toplam varyansın % 46'sını açıklamıştır. OİÖ – ÖV ($p = 0,531$) ve OİÖ – MK ($p = 0,339$) puanları regresyon modeline istatistiksel olarak anlamlı katkı sağlayamamıştır. Özetle BAÖ, OİÖ – ST ve YBOKÖ puanları bilindiğinde BDÖ puanlarının % 45'i açıklanabilmektedir (Tablo 20).

Tablo 20: BDÖ puanlarını yordayan değişkenler

	B	Düzeltilmiş R^2	p^*
Model 1			
BAÖ	0,520	0,363	< 0,01
Model 2			
BAÖ	0,378	0,427	< 0,01
OİÖ – ST	0,144		< 0,01
Model 3			
BAÖ	0,352	0,468	< 0,01
OİÖ – ST	0,123		< 0,05
YBOKÖ	0,271		< 0,05

* Çoklu regresyon analizi uygulanmış, bağımsız değişkenler ileri doğru seçim metodu ile analize alınmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. B: Regresyon Katsayısı,

5. TARTIŞMA

Sorumluluk / tehlike beklentisi, mükemmeliyetçilik / kesinlik, önem verme / düşünceleri kontrol etme alt gruplarından oluşan “obsesif inanışlar” şeklinde isimlendirilmiş bilişsel yapılar ya da şemaların OKB etiyolojisinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Bu araştırmada obsesif inanışların OKB’de en sık görülen komorbid psikiyatrik bozukluk olan MDB gelişiminde rol oynayıp oynamadığı kesitsel bir çalışma ile incelenmiştir. MDB ek tanısının varlığına göre oluşturmuş hasta grupları, kullanılan değişkenler açısından karşılaştırılmış, tartışma bu veriler üzerinden yapılmıştır.

5.1. SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER

Katılımcıların genel sosyodemografik özellikleri incelendiğinde çalışmaya alınan hastaların 52’sinin kadın, 48’inin erkek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde toplum temelli çalışmalarda kadın erkek oranı kabaca eşit bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise kadınlar lehine hafif bir üstünlük söz konusudur (2,62).

MDB geçirmiş hastalardan oluşan grubun yaş ortalaması MDB geçirmemiş hasta grubundan biraz daha yüksek olmakla birlikte bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. OKB ve MDB komorbiditesini inceleyen çeşitli çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da MDB komorbiditesi gözlenen grupların yaş ortalamasının yüksek saptanması ilgi çekicidir (45,46,169). OKB ve MDB komorbiditesinin gelişiminde hasta yaşı ve hastalık süresinin bir etmen olabileceği düşünülmüştür.

Medeni hal açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ülkemizde yapılmış çalışmalara bakıldığında da komorbid

MDB varlığının medeni durum açısından bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir (7,15).

Depresif bulguların OKB’de maluliyet derecesi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (23). Bu bağlamda OKB’nin daha ağır seyrettiği OKB + MDB hasta grubunun çalışma oranının daha düşük olması beklenebilir. Bununla birlikte çalışmamızda çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışma durumunu komorbid MDB varlığı bağlamında değerlendirdiğinde Beşiroğlu ve ark. da benzer şekilde MDB komorbiditesinin çalışma durumu açısından anlamlı farklılık oluşturmadığını saptamıştır (170). Halen çalışma durumu, işlevselliğe dair dolaylı olarak bilgi veren bir değişken olması nedeniyle gruplar arası farklılık saptanamamış olması olasıdır. Ayrıca çalışmayan hasta grubunda emekli ve ev hanımı olan hastalar bulunmaktadır, bu hastaların tümünün çalışmıyor olarak değerlendirilmesi çelişkili sonuçlara yol açmış olabilir.

Eğitim düzeyi ve gelir dağılımı açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Medeni hal, yaş ortalamaları, cinsiyet dağılımı ve çalışma durumları ile birlikte değerlendirildiğinde hasta gruplarının genel sosyodemografik özellikler açısından homojen bir dağılım gösterdiği söylenebilir.

5.2. KLİNİK ÖZELLİKLER

OKB + MDB hasta grubunda komorbid psikiyatrik bozukluklar istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur. OKB ve MDB komorbiditesini araştıran pek çok çalışmada da benzer şekilde MDB komorbiditesi gözlenen hasta gruplarında başta anksiyete bozuklukları olmak üzere, başka bozuklukların görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir (21,46,170).

OKB’nin bipolar bozukluk, çeşitli dürtü kontrol bozuklukları ve alkol – madde kullanım bozuklukları ile önemli ölçüde komorbidite gösterdiği belirlenmiştir (2,6). Tüm örneklemimizde yalnızca bir hasta psikoaktif madde kullandığını belirtmiştir. Bipolar bozukluk gibi bazı ek tanıları hiçbir hasta almamıştır.

Çalışmamızda alkol kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Toplamda 24 hasta alkol kullandığını belirtmesine rağmen hiçbiri alkol kullanım bozukluğu tanısını karşılamamıştır. Hem toplum, hem de klinik örneklemli çalışmalarda alkol kullanım bozukluğunun OKB'ye önemli oranlarda eşlik ettiği göz önüne alındığında bu durum alkol kullanım bozukluğu tanısının gözden kaçmış olma ihtimalini akla getirmektedir (2,125). Fakat OKB hastalarında alkol kullanımını doğrudan araştırma konusu olarak belirleyen çalışmalar son derece nadirdir. Çalışmamıza benzer şekilde Gentil ve ark. da alkol kullanım bozukluğu ile MDB komorbiditesi arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (171).

Beşiroğlu ve ark. OKB hastalarının psikiyatrik yardım arama davranışlarını değerlendirdikleri bir çalışmada MDB komorbiditesi bulunan hastaların daha sık psikiyatrik yardım aradığını belirlemiş (172). Çalışmamızda da benzer şekilde psikiyatrik başvuru ve tedavi öyküleri açısından hasta grupları karşılaştırıldığında; OKB + MDB grubunun daha önce daha sık psikiyatrik yardım aradığı, OKB - MDB hasta grubunun ise ilk başvuruların daha sık olduğu belirlenmiştir, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Daha ağır seyirli bir klinik tabloya yol açan MDB komorbiditesi hastaları daha sık yardım aramaya yönlendiriyor olabilir.

Görüşme yapıldığı dönemde düzenli olarak psikiyatri ilacı kullanıp kullanmama açısından hasta grupları karşılaştırıldığında; OKB + MDB hasta grubunda hastaların hem daha sık, hem de aynı anda daha fazla sayıda ilaç kullandığı belirlenmiştir. Bu durum Komorbid MDB varlığında OKB bulgularının daha şiddetli seyrettiği, hem ilaç tedavisine hem de psikoterapötik yaklaşımlara tedavi yanıtının düştüğüne yönelik literatür bilgileriyle uyumludur (132). İlaç kullanım süreleri açısından ise iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Düzenli takip gerektiren ek bedensel hastalık varlığı açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Altıntaş ve ark. da benzer şekilde OKB ve MDB komorbiditesinde bedensel hastalıklar açısından anlamlı farklılık saptamamıştır (15). Bununla birlikte istatistiksel anlamlılık düzeyi sınıra yakındır ($p=0,065$). Tıbbi hastalıkların seyrinde MDB sıklığının arttığı

bilinmektedir (173). Bu bağlamda OKB'den bağımsız olarak bedensel hastalıklarla ilişkili bir MDB gelişiminden söz edilebilir.

Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık varlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Birinci derece akrabalarda OKB varlığı ayrıca değerlendirildiğinde de gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Konuyla ilgili literatürde birbiriyle çelişen veriler bulunmaktadır. Tükel ve ark. birinci derecede akrabalarda OKB bulunmasının OKB ve MDB komorbiditesi ile ilişkisiz olduğunu belirlerken, bir başka çalışmada MDB komorbiditesinin ailesel geçişi yordadığı belirlenmiştir (169,174).

Psikiyatrik hastalık varlığı sigara kullanımı için en önemli risk faktörlerinden biridir. Pek çok psikiyatrik hastalıkta sigara kullanımının arttığı gösterilmiştir (175). OKB bu durumun ilginç bir istisnasını oluşturmaktadır, OKB hastalarında sigara kullanımının diğer bozukluklara göre anlamlı derecede daha az görüldüğü belirlenmiştir (176). Sigara kullanımı açısından hasta grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır, bununla birlikte istatistiksel anlamlılık düzeyi sınıra yakındır ($p=0,052$). MDB komorbiditesi olan grupta daha fazla sayıda hasta sigara kullanmaktadır. Sharma ve ark. OKB'de sigara kullanımını yordayan klinik etmenleri inceledikleri çalışmalarında; çalışmamızda da saptandığımız gibi MDB komorbiditesinin sigara kullanım sıklığını artırdığını ancak bunun istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmadığını belirlemiştir (177). Benzer şekilde Abramowitz ve ark. depresif bulguların OKB'de sigara kullanımı ile ilişkili olduğunu saptamıştır (178).

OKB'de intihar ile ilgili çalışmalar son yıllarda artmaya başlamıştır. Literatür bilgileri MDB komorbiditesinin intihar riskini artırdığı yönündedir. Velloso ve ark. geniş katılımlı bir klinik çalışmada depresif bulguların şiddeti ile intihar girişiminde bulunma arasında anlamlı ilişki saptarken, farklı ülkelerden katılımcıların alındığı çok merkezli bir çalışmada MDB komorbiditesinin intihar öyküsüyle ilişkili olduğu saptanmıştır (9,179). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunma öyküsü ve bulunma sayıları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamakla birlikte OKB + MDB grubunda hastaların % 14'ünün, OKB – MDB grubunda ise % 10'unun intihar öyküsünün olduğu belirlenmiştir.

5.3. HASTA GRUPLARININ ÖLÇEKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların OKB bulgularının şiddeti YBOKÖ ile değerlendirilmiştir. OKB + MDB ve OKB – MDB hasta grupları arasında YBOKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. MDB komorbiditesini daha detaylı değerlendirebilmek amacıyla OKB + MDB hasta grubu halen MDB olan ve daha önce MDB geçirmiş hastalar olarak ikiye ayrıldığında da üç grubun YBOKÖ puanları arasında da anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Konuyla ilgili literatüre bakıldığında Komorbid MDB varlığında OKB bulgularının daha şiddetli seyrettiği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (21,45,170). Çalışmamızda da uyguladığımız gruplandırmaya benzer şekilde yapılan geniş örneklemli bir çalışmada, yaşam boyu MDB bozukluk geçirme durumuna göre hastalar gruplandırıldığında (OKB + MDB ve OKB – MDB) MDB komorbiditesi gözlenen grupta YBOKÖ puanlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir (14). Yap ve ark. ise komorbid MDB varlığının OKB bulgularının şiddetini etkilemediği sonucuna varmıştır. Literatür bilgileriyle uyumsuz görünen bu durum MDB tanısı almayan kontrol grubunun depresif bulgularının beklenenden şiddetli olmasıyla açıklanmıştır (46). Çalışmamızda da OKB – MDB hasta grubunun BDÖ puan ortalaması $15,78 \pm 8,97$ (Ortalama $\pm$ Standart Sapma) olarak belirlenmiştir. Bu değer BDÖ'nin Türk popülasyonu için belirlenen kestirim değerlerinden; 13 – 18 hafif şiddette depresyon aralığına denk düşmektedir (180). MDB tanı ölçütlerini karşılamayan OKB hastalarının da önemli ölçüde depresif bulguları olduğu bilinmekte ve MDB komorbiditesinin araştırıldığı çalışmalarda kontrol edilmesi gereken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (12). Ayrıca depresif bulguların etkisinin sadece komorbid MDB tanısı üzerinden değerlendirilmesinin yanıltıcı sonuçlara yol açabileceği düşünülmüştür. Nitekim bizim çalışmamızda da, literatürle uyumlu şekilde, BDÖ puanları ile YBOKÖ puanlarının orta derecede korelasyon gösterdiği, regresyon modelinde ise YBOKÖ puanlarının depresif bulguların şiddetini yordadığı belirlenmiştir.

YBOKÖ'nin ilk beş maddesi ile obsesyonların, beşten onuncu maddeye kadar ise kompulsyonların şiddetini ölçmektedir (158,159). Çalışmamızda YBOKÖ'nin

obsesyon ve kompulsiyonların şiddetini ölçen maddeleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde hasta grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. OKB + MDB hasta grubu halen MDB geçiren ve daha önce MDB geçirmiş hastalar şeklinde iki ayrıldığında da sonuç değişmemektedir. Ricciardi ve ark. MDB komorbiditesini YBOKÖ'nin obsesyon ve kompulsiyonların şiddetini ölçen maddeleriyle ayrı ayrı değerlendirildiğinde obsesyonları MDB ile ilişkili bulurken kompulsiyonların MDB komorbiditesi ile ilişkili olmadığını belirlemiş (140). Ancak daha sonra yapılan çeşitli çalışmalarda bu sonuç tekrarlanamamıştır, pek çok çalışmada hem obsesyon hem de kompulsiyon şiddeti MDB komorbiditesi gözlenen gruplarda daha yüksek bulunmuştur (15,45,46,170). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu şekilde obsesyon ya da kompulsiyon şiddetinin birbirinden bağımsız olarak komorbiditede rol oynayan bir etmen olmadığı yönündedir.

Hastaların kaygı düzeyleri BAÖ ile ölçülmüştür. OKB + MDB ve OKB – MDB grupları arasında BAÖ puanları açısından farklılık saptanmamıştır. OKB + MDB hasta grubu halen MDB olan ve daha önce MDB geçirmiş hastalar olarak ikiye ayrıldığında da sonuç değişmemektedir. Bununla birlikte BDÖ puanları ile BAÖ puanları yüksek derecede korelasyon göstermektedir. Regresyon modelinin ilk basamağında BAÖ puanlarının tek başına depresif bulguların şiddetinin % 36'sını açıkladığı belirlenmiştir.

Çeşitli çalışmalarda MDB komorbiditesi olan hastalarda anksiyete bulgularının daha şiddetli olduğu gösterilmiştir (14,15,181). Anksiyete MDB komorbiditesinin anlaşılmasında temel bir noktayı oluşturmaktadır, çalışmamızda değişkenler içerisinde depresif bulguları en güçlü yordayan etmen olduğu belirlenmiştir. Hasta grupları arasında anksiyete bulgularının şiddeti açısından farklılık olmamasının, YBOKÖ puanları arasında farklılık olmamasına benzer şekilde, OKB – MDB hasta grubunun BDÖ puanlarının anlamlı derecede yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Hasta gruplarının içgörü düzeyleri YBOKÖ – 11. Madde ile değerlendirilmiştir. OKB + MDB hasta grubunda içgörüsü zayıf hastaların sayısı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. İçgörünün OKB ve MDB komorbiditesindeki rolü çeşitli çalışmalarda değerlendirilmiştir, çalışmaların çoğunda bulgularımıza

benzer şekilde zayıf içgörü MDB komorbiditesiyle ilişkili bulunmuştur (133–135). Türksoy ve ark. içgörüsü zayıf hastalarda depresif bulgularının daha şiddetli olduğunu, ayrıca içgörüsü zayıf hastaların hem halen hem de daha önce geçirilmiş MDB tanılarını daha sık aldıklarını belirlemişlerdir. YBOKÖ – 11. Madde ile değerlendirildiğinde depresif bulgularla içgörü düzeyinin zayıf - orta derecede korele olduğunu saptamışlardır (19). Çalışmamızda ise BDÖ puanları ile YBOKÖ – 11. Madde puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Zayıf içgörü MDB gelişimi için yatkınlık oluşturan, depresif bulguların şiddetinden etkilenmeyen bir değişken olabilir.

Kaçınmalar OKB'nin iyi bilinen bir özelliğidir. Kaygıyı azaltmada geçici olarak fayda sağlayan, uzun dönemde ise bozukluğun süregitmesinde önemli rol oynayan bir etmendir (112). Kaçınmalar MDB'a yönelik davranışçı formülasyonlarda da önemli yer tutar. Kişinin hayatında olumlu pekiştireçlerin azalması ya da aversif durumların artması depresif ruh halini beraberinde getirir. Bu durum kişinin kendisini günlük sıradan aktivitelerden geri çekmesine ve olay ya da durumlara yönelik kaçınma odaklı baş etme stratejileri geliştirmesine yol açar. Kaçınmalar olumlu pekiştireçleri alma fırsatını daha da sınırlar ve depresyon kısır döngüsü ağırlaşır. Davranış aktivasyonu MDB'da etkinliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemidir, temel olarak kişinin olumlu pekiştirmelerle karşılaşma ihtimalini artırmaya yönelik yapılan düzenlemelere dayanır (182). OKB'da başlangıçta intrüzyonlar uygun olmayan bir baş etme stratejisi olarak ortaya çıkan kaçınmalar, zaman içinde kişinin çeşitli olumlu pekiştireçlerden mahrum kalmasına, sonuçta ek depresif bulguların gelişimine yol açabilir. Bu bağlamda kaçınmaların MDB komorbiditesi ve depresif bulguların şiddetiyle ilişkili olması beklenebilir.

Literatürde kaçınmaların MDB komorbiditesiyle ilişkisine yönelik çalışmalar son derece sınırlıdır. OKB'da kaçınmaları ölçen detaylı bir araç da bulunmamaktadır. YBOKÖ 12. Maddesi ile kaçınmalar değerlendirdiğinde MDB komorbiditesinin gruplar arasında kaçınma puanları açısından farklılığa yol açmadığı iki farklı çalışmada saptanmıştır (15,46). Çalışmamızda da benzer şekilde hasta grupları arasında YBOKÖ – 12. Maddesi ile incelendiğinde kaçınma düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. BDÖ puanları ile YBOKÖ – 12. Madde kaçınma

düzeyi arasında düşük derecede korelasyon saptanmıştır. Yap ve ark. kaçınmaların OKB’de depresif bulguları yordayan önemli bir etmen olduğunu belirlemiştir. Kaçınmaların YBOKÖ kaçınma bileşeniyle değerlendirilmesinin geçerliliği tartışmalıdır, çelişen bulgular bu bağlamda açıklanabilir (46).

Obsesyon ve kompulsiyon tipleri açısından hasta grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak cinsel obsesyonların istatistiksel anlamlılığı sınırdadır ($p = 0,053$). OKB + MDB grubunda cinsel obsesyonu olan hastaların sayıca fazlalığı dikkat çekicidir.

Obsesyon tiplerinin MDB komorbiditesi ile ilişkisi konusunda literatürde çelişkili bilgiler mevcuttur. Hong ve ark. cinsel ve dini obsesyonlar ile, Beşiroğlu ve ark. saldırganlık obsesyonlarıyla MDB komorbiditesini ilişkili bulmuştur (21,170). Hasler ve ark. ise saldırganlık obsesyonları, cinsel ve dini obsesyonların yanısıra somatik obsesyonları MDB komorbiditesi ile ilişkili bulmuştur (183).

Lee ve Kwon saldırganlık obsesyonları ya da cinsel, dini obsesyonlar gibi açık tetikleyiciler olmadan ortaya çıkan obsesyonları "otojenik obsesyonlar"; temizlik ya da kontrol obsesyonları gibi spesifik açık tetikleyicilere tepki olarak gelişen obsesyonları ise "reaktif obsesyonlar" olarak tanımlamıştır (184). Kompulsiyonlar bir kısır döngüye yol açsa da kısa dönemde kaygıyı azaltmaktadır. Otojenik obsesyonlara kompulsiyonlar daha nadir eşlik eder, bu nedenle bu tipte obsesyonları olan hastalar yüksek kaygı düzeylerini geçici olarak da olsa yatıştıramadıkları için depresyona daha yatkın olabileceği öne sürülmüştür (185,186). Kaygının MDB komorbiditesinin gelişmesindeki rolüne yönelik vurgu çalışmamız bulgularıyla da uyumludur. Ayrıca çalışmamızda anlamlı sonuç saptamamakla birlikte cinsel obsesyonların OKB + MDB hasta grubundaki sıklığının istatistiksel anlamlılık oranına yakın olması, otojenik obsesyonların MDB komorbiditesi ile ilişkili olduğu hipoteziyle benzer doğrultudadır.

MDB komorbiditesiyle ilişkilendirilmiş çeşitli obsesyonları “otojenik obsesyonlar” şemsiyesi altında değerlendirmek farklı çalışmalarda bulunmuş farklı sonuçlara anlam kazandırabilir. Ancak MDB komorbiditesi ile otojenik obsesyonlar dışında başka obsesyon tipleri de ilişkilendirilmiştir. Tükel ve ark. eşyaların

simetrikliği ve düzeni ile ilgili obsesyon ve kompulsiyonların MDB komorbiditesinde daha sık olduğu belirlemiştir (169). Bir başka çalışmada ise somatik obsesyonlar ve kompulsif biriktiricilik MDB komorbiditesi ile ilişkili bulunmuştur (15).

Herhangi bir obsesyon tipiyle MDB komorbiditesinin ilişkili bulunmadığı çalışmalar da bulunmaktadır. MDB komorbiditesini araştırmaya yönelik yapılmış en geniş örneklemlili çalışmada Quarantini ve ark. MDB komorbiditesinin herhangi bir belirti boyutuyla ilişkili olmadığını belirlemiştir (14). Benzer şekilde daha sınırlı bir  rnekleimde Yap ve ark. herhangi bir obsesyon ya da kompulsiyon tipiyle MDB komorbiditesinin arasında ilişki saptayamamış (46).

Hastalığın seyri, görülme sıklığı gibi çeşitli özellikler bakımından farklı kültürlerde benzer bulgular saptanırken, sık görülen obsesyon ve kompulsiyon tipleri kültürden kültüre değişebilmektedir (78). Bu bağlamda obsesyon tiplerinin değerlendirildiği farklı toplumlarda yapılmış çalışmaların farklı sonuçlar vermesi şaşırtıcı değerdir.

Rowa ve ark. tarafından hastalar için daha anlamlı veya daha önemli olarak kabul edilen durumlarla ilgili obsesyonların daha üzücü olduğu, hastaların en üzücü, en çok sıkıntı veren obsesyonlarının kişisel değerlerine en aykırı durumlarla ilgili olduğu belirlenmiştir (109). Bu bağlamda her hasta için MDB açısından risk faktörü olabilecek genel geçer spesifik obsesyon ve kompulsiyon tiplerinden bahsetmek mümkün olmayabilir. Dahası farklı kültürlerde, farklı obsesyonlar, üzücü ya da sıkıntı verici olarak kabul edilebilir.

5.4. HASTA GRUPLARININ OBSESİF İNANİşLAR AÇISINDAN DEğerLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda depresif bulguların Oİ  – ST ile yüksek derecede, Oİ  – MK ve Oİ  –  V ile orta derecede korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Çoklu regresyon analizinde ise BA  ve YBOKÖ dışında, sadece Oİ  – ST depresif bulguları yordayan bir değerşken olarak öne çıkmıştır.

Bahçeci ve ark. sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıklarında MDB hastalarında obsesif inanışları anlamlı derecede yüksek bulmuş, depresif bulguların şiddetiyle OİÖ her üç alt başlığının anlamlı ölçüde korelasyon gösterdiğini belirlemiştir (43). Çalışmamızda da OİÖ puanları ve depresif bulgular korelasyon göstermekle birlikte; korelasyon katsayıları belirgin olarak daha yüksektir. Komorbiditesi olan hastalardan oluşan bir örnekleme değerlendirme yapmamız genel hastalık şiddetinin daha yüksek olmasına; bu bağlamda daha yüksek korelasyona neden olmuş olabilir.

Gerek OKB gerekse MDB'un bilişsel modelleri daha önce çeşitli çalışmalarla değerlendirilmiş ve geçerliği gösterilmiştir. Ancak OKB ve MDB gibi özgül bir komorbid durumun bilişsel modeli her iki bozukluğun ayrı ayrı değerlendirilmesinde olduğu kadar açık değildir. Abramowitz kabul edilemez intrüzyonların akla gelmesi ve önemine dair hatalı yorumların bazen kişide kendini aşırı sorumlu tutma ve suçlamaya yol açabileceğini; bu durumun depresif duygudurumu beraberinde getirdiğini, depresyonun intrüzyonlara duyarlılığa artırarak intrüzyon sıklığı ve belirginliğini artırdığını; böylece bir çeşit obsesyon - depresyon kısır döngüsü oluştuğunu öne sürmüştür (45).

Bilgimiz dahilinde OKB ve MDB komorbiditesinin bilişsel açıdan değerlendirmeyi temel amaç edinen bugüne dek iki çalışma yapılmıştır. Abramowitz ve ark. MDB komorbiditesi gözlenen hastalarda İDYE puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu belirlemiş, düşünce eylem füzyonu ile ise ilişki saptamamış. Ayrıca regresyon modelinde hem MDB komorbiditesi hem de depresif bulguların şiddeti açısından İDYE puanları engellilik düzeyi ile birlikte önemli yordayıcı etmenler olarak belirlenmiştir (45). Çalışmada OKB ile ilişkili bilişsel özelliklerin yalnızca bir kısmının değerlendirilmesi ve anksiyete düzeyinin değerlendirilmemesi bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır. Nitekim Abramowitz regresyon modelinde İDYE'nin bir yordayıcı olduğunu belirlemekle birlikte varyansın büyük kısmını açıklayamadıklarını belirtmiş. Çalışmamızda da her ne kadar regresyon modelinde OİÖ –ST depresif bulguları yordayan bir etmen olarak öne çıksa da varyansın büyük kısmı anksiyete ve OKB bulgularının şiddeti ile açıklanmaktadır.

Her ne kadar OİÖ ve İDYE farklı ölçekler olsa da değerlendirdikleri bazı bilişsel süreçler örtüşmektedir. İDYE düşüncelere önem verme, sorumluluk ve

düşünceleri kontrol etme alt ölçeklerinden oluşan yarı – yapılandırılmış bir ölçüm aracıdır. OİÖ'nin altı faktörlü ilk sürümü ile değerlendirildiğinde her iki ölçeğin önem verme, düşünceleri kontrol etme ve sorumluluk alt ölçekleri arasında yüksek derecede korelasyon saptanmıştır (115). Abramowitz ve ark. çalışması ile çalışmamız arasında örtüşen bir nokta olarak “sorumluluk” ön plana çıkmaktadır. OİÖ sorumluluk ile birlikte tehlike beklentisini de değerlendirse de; sorumluluk ve tehlike beklentisinin birbirleriyle yüksek düzeyde örtüşen bilişsel özellikler olduğu gösterilmiştir (33). OKB'nin bilişsel modeli intrüzyonlarla başlamakta; intrüzyonlara dair yorum ve değerlendirmeler obsesyonlara yol açmaktadır. Sorumluluk inanışları ve bu bağlamda yapılan değerlendirmeler; suçluluk – karamsarlık gibi depresif bilişlere yol açarak, kişide OKB döngüsüne paralel bir depresif döngüye yol açabilir. Sorumluluk inanışlarının OKB hastalarının çok önemli bir bölümünde rol oynadığı bilinmektedir MDB komorbiditesinin sık görülmesi bu bağlamda açıklanabilir (187).

OKB ve MDB komorbiditesini bilişsel etmenler üzerinden değerlendiren bir başka çalışmada Yap ve ark. OİÖ'ni kullanmış. Çalışmamıza benzer şekilde OİÖ puanları açısından OKB MDB komorbiditesi olan ve olmayan hasta grupları arasında anlamlı farklılık saptanmazken; BDÖ puanları ile tüm OİÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı derecede korelasyon saptamıştır (46). Hem Yap ve ark.'nın çalışmasında hem de çalışmamızda BDÖ puanları ile en zayıf korelasyonun OİÖ – MK alt ölçeği ile olması dikkat çekicidir. Mükemmeliyetçilik ve kesinliğin depresif bulgularla ilişkili bir etmen olmakla birlikte diğer obsesif inanış alanları kadar güçlü bir ilişkisi bulunmayabilir.

Çalışmamızın Yap ve ark.'nın çalışmasıyla ortaklaşan bir diğer yönü OKB'ye eşlik eden depresif bulgularla güçlü şekilde ilişkili bir etmen olarak “anksiyete”nin öne çıkmasıdır. Obsesif inanışların gerek anksiyete bulguları gerekse anksiyete bozukluklarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir (115,123).

OKB ve MDB komorbiditesine yönelik bir beyin görüntüleme çalışmasında komorbidite gözlenen hastalarda bazal ganglion talamus anomalilerinin; OKB hastası olmayan MDB hastalarından farklılık gösterdiği belirlenmiş (93). Ayrıca OKB ve MDB komorbiditesi gözlenen hastaların depresif belirti profillerinin MDB hastaları ile karşılaştırıldığı bir çalışmada; OKB ve MDB komorbiditesi gözlenen hastalarda iç

gerilim ve karamsar düşünceler gibi anksiyete ile ilişkili bulgular daha şiddetli bulunurken; sadece MDB tanısı alan hastalarda ise uyku ve iştah bozuklukları gibi vejetatif belirtilerin daha yoğun olduğu belirlenmiştir (13). Çalışmamızda da benzer şekilde anksiyete düzeyi depresif bulguları en çok yordayan değişken olarak ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda OKB'ye eşlik eden MDB'un yoğun anksiyetenin eşlik ettiği bir MDB alt türü olduğu söylenebilir. Obsesif inanışların MDB ve çeşitli anksiyete bozuklukları gibi pek çok bozuklukla ilişkisi gösterilmiştir (43,44,123). Aradaki ilişki transdiagnostik bir ortak bilişsel etmenden çok sağlıklı kişilerde de gözlenebilecek obsesif inanış şemalarının anksiyeteye birlikte aktive olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda komorbidite varlığı açısından değerlendirildiğinde obsesif inanışlar açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır; MDB + OKB hasta grubunun halen MDB'u olan ve daha önce MDB geçirmiş hastalar olarak ikiye bölünmesi de bu durumu değiştirmemektedir. Bu durum OKB – MDB hasta grubunun depresif bulgu düzeyinin beklenenden yüksek olması ile açıklanabilir.

5.5. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

OİÖ – ST, anksiyete ve obsesif bulguların şiddeti OKB'de gözlenen depresif bulgularla ilişkili görünen önemli bir etmen olarak ön plana çıkmaktadır. Ancak çalışmamız kesitsel nitelikte olması nedeniyle belirlenen ilişkilerin niteliği hakkında bilgi verememektedir.

Literatür bilgileriyle uyumlu şekilde MDB komorbiditesi gözlenen hastalarda sigara kullanımının ve cinsel obsesyonların daha sık olma eğilimi gösterdiği belirlenmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış, anlamlılık düzeyi sınıra yakın bulunmuştur. Bu durum daha geniş bir örneklemle çalışılmasına işaret eden bir durum olabilir.

Çalışmanın örneklemini ilaç tedavisi gören ya da bilişsel davranışçı terapi alan hastalardan oluşmaktadır. Tedavi yöntemleri obsesif inanışlarla etkileşimi kontrol edilen bir değişken olarak ele alınmamıştır. Benzer şekilde diğer komorbid bozuklukların etkisi çalışmamızda değerlendirilmemiştir. MDB'un yanısıra başta

anksiyete bozuklukları olmak üzere çeşitli psikiyatik bozuklukların obsesif inanışlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (115,123).

OKB'nin bipolar bozukluk, alkol – madde kullanım bozuklukları gibi tablolarla sıklıklar bir arada gözlendiği bilinmektedir ancak örneklemimizde yalnızca bir hasta psikoaktif madde kullandığını belirtmiştir. Bipolar bozukluk gibi bazı ek tanıları hiçbir hasta almamıştır. Örneklemimizin sadece OKB hastalarına hizmet veren bir yan dal uzmanlık polikliniği olması, bu ek tanılara sahip hastalara yönelik negatif bir seçim oluşturmuş olabilir.

Literatürün önemli bir kısmıyla çelişen şekilde BAÖ, YBOKÖ puanları ve intihar girişiminde bulunma sıklığı açısından hasta grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızın hipotezinde beklediğimiz üzere hasta grupları arasında OİÖ puanları açısından anlamlı farklılık gösterilememiştir. OKB – MDB hasta grubunun depresif bulgularının hafif şiddette depresyon aralığına denk düşmesi diğer değişkenlerin şiddetlerini de etkilemiş olabilir. Örneklemimizin özelleşmiş bir dal hastanesine başvuran hastalardan oluşması; hastaların depresif bulgularının daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir. Yap'ın da dikkat çektiği üzere MDB komorbiditesinin araştırıldığı çalışmalarda, kontrol gruplarının depresif bulgularının şiddeti çalışma tasarımında kontrol edilmesi gereken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (46). Hasta grupları arasında beklenen farklılıkların saptanmaması, madde kullanım bozukluğu gibi bazı tanıların literatür bilgileriyle uyumlu olmayan şekilde düşük oranda belirlenmesi hastalık tanılarının geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıyla konulmamış olması ile ilişkili olabilir.

Obsesif inanışların kesitsel tanıyla değişmeyen bilişsel şemalar olarak değerlendirilmesi nedeniyle, MDB komorbiditesinde zemin oluşturabilecek inanışları daha iyi değerlendirebilmek amacıyla halen MDB komorbiditesi gözlenen ve daha önce MDB geçirmiş OKB hastaları bir arada (OKB + MDB) değerlendirilmiştir. Çalışmamızda çeşitli analizlerde OKB + MDB hasta grubu halen MDB'ü geçiren ve daha önce MDB geçirmiş hasta grupları olarak ayrı ayrı değerlendirilmekle birlikte; literatürde OKB MDB komorbiditesini inceleyen çalışmalar genellikle halen MDB geçiren hasta gruplarını değerlendirmektedir, verilerin değerlendirilmesinde bu

durum bir kısıtlılık oluşturabilir. Çalışmamızda ayrıca OKB ve MDB temporal ilişkisi incelenmemiştir. MDB'un OKB'ye ikincil olarak gelişen bir durum olup olmadığı konusu incelenmeye açık bir alan oluşturmaktadır.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda OKB ve MDB bozukluk komorbiditesi obsesif inanışlar açısından değerlendirilmiştir. Bilgimiz dahilinde bu alanda yapılmış birkaç çalışmadan biridir. Tüm obsesif inanış alt ölçeklerinin depresif bulgularla bağıntılı olduğu belirlenmiştir. Regresyon modelinde ise başta anksiyete düzeyi olmak üzere, OKB bulgularının şiddeti ve Sorumluluk / Tehlike Beklentisi'ne yönelik inanışların depresif bulguların şiddetini yordadığı saptanmıştır. Ayrıca MDB komorbiditesi zayıf içgörüyle ilişkili bulunmuştur.

Anksiyete düzeyi OKB hastalarında depresif bulgularla yüksek derecede ilişkili bir değişken olarak öne çıkmaktadır. OKB'ye eşlik eden MDB yoğun anksiyeteyle seyreden bir depresyon tipi olabilir. MDB komorbiditesi gözlenen hastalarda anksiyetenin rolüne dair araştırmalar gelecekte bu alandaki çalışmalara yön gösterebilir. Anksiyete düzeyini azaltma ve içgörü kazandırmaya yönelik müdahaleler MDB komorbiditesinin tedavisinde özel bir rol oynayabilir.

Başta Sorumluluk / Tehlike Beklentisi olmak üzere bazı inanışlar MDB gelişimi için risk oluşturuyor olabilir. Komorbiditeye yol açan bilişsel özelliklerin doğasını daha iyi anlamak için prospektif çalışmalarla, suçluluk gibi MDB ile ilişkili bilişsel özelliklerin de obsesif inanışlarla beraber değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Kaçınmalar gerek OKB, gerekse MDB'a yönelik formülasyonlarda önemli yer tutmaktadır. Bununla birlikte OKB'de kaçınmaları değerlendiren özgün bir ölçek bulunmamaktadır. Kaçınmaları değerlendiren bir araçla yapılacak çalışmaların OKB MDB komorbiditesinin açıklanmasında önemli rol oynayacağı düşünülmüştür.

Hasta grupları arasında intihar öyküsü açısından farklılık saptanmamıştır. Bu durum OKB'de intiharın MDB'dan bağımsız bir durum olarak da ortaya çıkabileceğine işaret ediyor olabilir.

Daha geniş örneklemler, prospektif çalışmalar yapılması, OKB ve Depresyon komorbiditesinin doğasının daha iyi anlaşılmasında ilerlemeler sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM - 5). Köroğlu E (Çeviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014, 308 – 309.
2. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010;15(1):53–63.
3. Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-Compulsive Disorder Advances in Diagnosis and Treatment. *Jama* 2017;317(13):1358–1367.
4. Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum C, Gale T, Rössler W, Angst J. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2013;17(3):188–196.
5. Hofmeijer-Sevink MK, Van Oppen P, Van Megen HJ, Batelaan NM, Cath DC, Van Der Wee NJA et al. Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: The Netherlands OCD Association study. *J Affect Disord* 2013;150(3):847–854.
6. Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, do Rosário MC, Storch EA et al. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *J Affect Disord* 2016;190:508–516.
7. Tükel R, Polat A, Özdemir O, Aksüt D, Türksöy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2002;43(3):204–209.
8. Visser HA, Van Oppen P, Van Megen HJ, Eikelenboom M, Van Balkom AJ. Obsessive-compulsive disorder; Chronic versus non-chronic symptoms. *J Affect Disord* 2014;152–154(1):169–174.
9. Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF et al. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Compr Psychiatry* 2017;76:79–86.
10. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM - 5). Köroğlu E (Çeviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014, 183.
11. Viswanath B, Narayanaswamy JC, Rajkumar RP, Cherian AV, Kandavel T, Math SB et al. Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2012;53(6):775–782.
12. Rickelt J, Viechtbauer W, Lieveise R, Overbeek T, van Balkom AJ, van Oppen P et al. The relation between depressive and obsessive-compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder: Results from a large, naturalistic follow-up study. *J Affect Disord* 2016;203:241–247.
13. Fineberg NA, Fourie H, Gale TM, Sivakumaran T. Comorbid depression in obsessive compulsive disorder (OCD): Symptomatic differences to major depressive disorder. *J Affect Disord* 2005;87(2–3):327–330.

14. Quarantini LC, Torres AR, Sampaio AS, Fossaluzza V, Mathis MA, do Rosário MC et al. Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Compr Psychiatry* 2011;52(4):386–393.
15. Altıntaş E, Taşkıntuna N. Factors Associated with Depression in Obsessive-Compulsive Disorder: A Cross-Sectional Study. *Noro Psikiyatr Ars* 2015;52(4):346–353.
16. Abramowitz JS, Franklin ME, Street GP, Kozak MJ, Foa EB. Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther* 2000;31(3):517–528.
17. Kellner M. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12(2):187–197.
18. Aderka IM, Anholt GE, van Balkom AJ, Smit JH, Hermesh H, Hofmann SG et al. Differences between early and late drop-outs from treatment for obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2011;25(7):918–923.
19. Türksoy N, Tükel R, Özdemir O, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2002; 16(4):413–423.
20. Angelakis I, Gooding P, Tarrier N, Panagioti M. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;39:1–15.
21. Hong JP, Samuels J, Bienvenu OJ, Cannistraro P, Grados M, Riddle MA et al. Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2004;20(2):86–91.
22. Ayuso-Mateos JL. Global burden of obsessive-compulsive disorder in the year 2000. World Health Organisation [Internet], 2006. Available from: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_obsessivecompulsive.pdf
23. Mancebo MC, Greenberg B, Grant JE, Pinto A, Eisen JL, Dyck I et al. Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2008;49(1):43–50.
24. Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: Differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Can J Psychiatry* 2003;48(2):72–77.
25. Rachman S, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978;16(4):233–248.
26. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions-A replication. *Behav Res Ther* 1984;22(5):549–552.
27. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997;35(9):793–802.
28. Beck AT. The Current State of Cognitive Therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(9):953–959.
29. Salkovskis PM. Obsessional-Compulsive Problems: a Cognitive-Behavioural Analysis. *Behav Res Ther* 1985;23(5):571–583.
30. Sookman D, Pinard G. Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder: In Frost RO, Steketee G (editors). *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions Theory, Assessment, and Treatment*. New York: Pergamon 2002, 63–89.

31. Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behav Res Ther* 1997;35(4):291–296.
32. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behav Res Ther* 2003;41(8):863–878.
33. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory - Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behav Res Ther* 2005;43(11):1527–1542.
34. Tmkaya S, Karadağ F, Kalkan Oğuzhanoglu N. Relationship between Obsessive Beliefs and Symptoms in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Arch Neuropsychiatry* 2015;52(1):54–58.
35. Tolin DF, Brady RE, Hannan S. Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *J Psychopathol Behav Assess* 2008;30(1):31–42.
36. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Riemann BC, Hale LR. The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2010;48(10):949–954.
37. Cordeiro T, Sharma MP, Thennarasu K, Reddy YCJ. Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder and Obsessive Beliefs. *Indian J Psychol Med* 2015;37(4):403–408.
38. Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther* 2005;43(12):1559–1576.
39. Adams TG Jr, Riemann BC, Chad T, Cisler JM. Obsessive Beliefs Predict Cognitive Behavior Therapy Outcome for Obsessive Compulsive Disorder. *Cogn Behav Ther* 2012;41(3):203–211.
40. Selvi Y, Atlı A, Beşiroğlu L, Aydın A, Güleç M. The impact of obsessive beliefs on pharmacological treatment response in patients with obsessive-compulsive disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2011;15(3):209–213.
41. Taylor S, Jang KL. Biopsychosocial etiology of obsessions and compulsions: An integrated behavioral–genetic and cognitive–behavioral analysis. *J Abnorm Psychol* 2011;120(1):174–186.
42. Alonso P, López-Solà C, Gratacós M, Fullana MA, Segalàs C, Real E, et al. The interaction between Comt and Bdnf variants influences obsessive-compulsive-related dysfunctional beliefs. *J Anxiety Disord* 2013;27(3):321–327.
43. Bahçeci B, Bağcıoğlu E, Çelik FH, Polat S, Koroğlu A, Kandemir G ve ark. The role of obsessive beliefs in patients with major depressive disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2014;18(1):37–40.
44. Konkan R, Aydın E, Güçlü O, Şenormancı Ö, Sungur MZ. Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Obsesif İnançlar. *Noro Psikiyatr Ars* 2013;50(1):14–20.
45. Abramowitz JS, Storch EA, Keeley M, Cordell E. Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: What is the role of cognitive factors? *Behav Res Ther* 2007;45(10):2257–2267.

46. Yap K, Mogan C, Kyrios M. Obsessive-compulsive disorder and comorbid depression: The role of OCD-related and non-specific factors. *J Anxiety Disord* 2012;26(5):565–573.
47. Reynolds EH, Kinnier Wilson JV. Obsessive compulsive disorder and psychopathic behaviour in Babylon. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012;83(2):199–201.
48. Krochmalik A, Menzies RG. The Classification and Diagnosis of Obsessive - Disorder: In Menzies RG, de Silva P (editors). *Obsessive - Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment*. Chichester: Wiley 2003, 3.
49. Öztürk MO, Uluşahin O, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. 11. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, Ankara, 2008, 481.
50. Oberbeck A, Stengler K, Steinberg H. On the history of obsessive compulsive disorders: Their place in the nosological classifications up to the beginning of the 20th century. *Fortschritte der Neurol Psychiatr* 2013;81(12):706–714.
51. Jakes I. *Theoretical Approaches to Obsessive - Compulsive Disorder*. Cambridge University Press, Cambridge, 1996, 4.
52. Shorter E. *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford University Press, New York, 2005, 197-198
53. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri / Klinik Psikiyatri. 11. Baskı. Bozkurt A (Çeviri Ed.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2016, 420.
54. Shorter E. *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford University Press, New York, 2005, 201.
55. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM - 5*. American Psychiatric Publishing, 2013, 811.
56. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM - 5)*. Köroğlu E (Çeviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014, 303.
57. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin DSM - IV - TR*. Köroğlu E (Çeviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2000, 669 – 670.
58. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM - 5)*. Köroğlu E (Çeviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014, 306-307 p.
59. Storch EA, Larson MJ, Price LH, Rasmussen SA, Murphy TK, Goodman WK. Psychometric analysis of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition Symptom Checklist. *J Anxiety Disord* 2010;24(6):650–656.
60. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(2):121–127.
61. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry* 2004;45(5):367–374.
62. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KAB, Coffey BJ. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2014;37(3):257–267.
63. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 1999; 14(8):434–441.

64. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam M a. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(12):1094–1099.
65. Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S et al. Is Juvenile Obsessive - Compulsive Disorder a Developmental Subtype of the Disorder? A Review of the Pediatric Literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(4):420–427.
66. Anholt GE, Aderka IM, van Balkom AJ, Smit JH, Schruers K, van der Wee NJ et al. Age of onset in obsessive-compulsive disorder: admixture analysis with a large sample. *Psychol Med* 2014;44(1):185–194.
67. Frydman I, do Brasil PE, Torres AR, Shavitt RG, Ferrão YA, Rosário MC et al. Late-onset obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *J Psychiatr Res* 2014;49(1):68–74.
68. Rasmussen S, Eisen J. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1992;15(4):743–758.
69. Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, Dyck IR, Orlando ME, Rasmussen SA. A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2010;71(8):1033–1039.
70. Mataix-Cols D, Rauch SL, Baer L, Eisen JL, Shera DM, Goodman WK et al. Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic two-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2002;159(2):263–268.
71. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165(12):1532–1542.
72. Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D et al. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess* 2010;22(1):180–198.
73. Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, Clark LA, Saxena S, Leckman JF et al. Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety* 2010;27(6):556–72.
74. Staley D, Wand RR. Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of the Cross-Cultural Epidemiological Literature. *Transcult Psychiatr Res Rev* 1995;32(2):103–36.
75. Horwath E, Gould F, Weissman MM. Epidemiology of anxiety disorders: In Tsuang MT, Tohen M, Jones PB (editors). *Textbook in Psychiatric Epidemiology Third Edition*. Wiley - Blackwell, 2011. 320.
76. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu Birinci Baskı. Eksen Tanıtım Ltd. Şti. Ankara; 1998.
77. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: A description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *J Psychiatr Res* 2004;38(4):403–411.
78. Pallanti S. Transcultural observations of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165(2):169–170.
79. Isomura K, Boman M, Rück C, Serlachius E, Larsson H, Lichtenstein P et al. Population-based, multi-generational family clustering study of social anxiety disorder and avoidant personality disorder. *Psychol Med* 2015;45(8):1581–1589.

80. Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12(2):149–163.
81. Grootheest DS Van, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin Studies on Obsessive – Compulsive Disorder□: A Review. *Twin Res Hum Genet* 2005;8(5):450–458.
82. Bozorgmehr A, Ghadirivasfi M, Ananloo ES. Obsessive – compulsive disorder , which genes□? Which functions□? Which pathways□? An integrated holistic view regarding OCD and its complex genetic etiology. *J Neurogenet* 2017;0(0):1–8.
83. International Obsessive Compulsive Disorder Foundation Genetics Collaborative (IOCDF-GC) and OCD Collaborative Genetics Association Studies (OC GAS). Revealing the complex genetic architecture of obsessive–compulsive disorder using meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2017;(November 2016):1–8.
84. Thorén P, Asberg M, Bertilsson L, Mellström B, Sjöqvist F, Traskman L. Clomipramine Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. II. Biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37(11):1289–1294.
85. McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Lee NC, Heninger GR, Price LH. Haloperidol Addition in Fluvoxamine - Refractory Obsessive - Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:302–308.
86. Hegde A, Kalyani BG, Arumugham SS, Narayanaswamy JC, Math SB, Reddy YCJ. Effectiveness of Risperidone Augmentation in Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2016;36(4):381–384.
87. Carey PD, Vythilingum B, Seedat S, Muller JE, van Ameringen M, Stein DJ. Quetiapine augmentation of SRIs in treatment refractory obsessive-compulsive disorder: a double-blind, randomised, placebo-controlled study. *BMC Psychiatry* 2005;5(1):5.
88. Pauls D, Towbin K, Leckman J. Gilles de la Tourette's Syndrome and Obsessive - Compulsive Disorder: Evidence Supporting a Genetic Relationship. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:1180–1182.
89. Bokor G, Anderson PD. Obsessive–Compulsive Disorder. *J Pharm Pract.* 2014;27(2):116–130.
90. Koo M-S, Kim E-J, Roh D, Kim C-H. Role of dopamine in the pathophysiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother* 2010;10(2):275–290.
91. Pittenger C, Bloch MH, Williams K. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: Neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacol Ther* 2011;132(3):314–332.
92. Pittenger C. Glutamatergic agents for OCD and related disorders. *Curr Treat Options Psychiatry* 2015;2(3):271–283.
93. Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23(3):563–586.
94. Huey ED, Zahn R, Krueger F, Moll J, Kapogiannis D, Wassermann EM et al. A Psychological and Neuroanatomical Model of Obsessive - Compulsive Disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2008;20(4):390–408.

95. Beucke JC, Sepulcre J, Talukdar T, Linnman C, Zschenderlein K, Endrass T et al. Abnormally High Degree Connectivity of the Orbitofrontal Cortex in Obsessive-Compulsive Disorder. *JAMA Psychiatry* 2013;70(6):619 - 629.
96. Tükel R, Aydın K, Ertekin E, Özyıldırım SŞ, Taravari V. Proton magnetic resonance spectroscopy in obsessive-compulsive disorder: evidence for reduced neuronal integrity in the anterior cingulate. *Psychiatry Res* 2014;224(3):275–280.
97. Adler CM, McDonough-Ryan P, Sax KW, Holland SK, Arndt S, Strakowski SM. fMRI of neuronal activation with symptom provocation in unmedicated patients with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2000;34(4–5):317–324.
98. Nakao T, Nakagawa A, Yoshiura T, Nakatani E, Nabeyama M, Yoshizato C et al. Brain activation of patients with obsessive-compulsive disorder during neuropsychological and symptom provocation tasks before and after symptom improvement: A functional magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry* 2005;57(8):901–910.
99. Bhikram TP, Farb NA, Ravindran LN, Papadopoulos YG, Conn DK, Pollock BG et al. The effect of intravenous citalopram on the neural substrates of obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2016;28(3):1–5.
100. Moody TD, Morfini F, Cheng G, Sheen C, Tadayonnejad R, Reggente N et al. Mechanisms of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder involve robust and extensive increases in brain network connectivity. *Transl Psychiatry* 2017;7(9):e1230.
101. Öztürk MO, Uluşahin O, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, Ankara, 2015, 372 - 373.
102. Kempke S, Luyten P. Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence? *Bull Menninger Clin* 2007;71(4):291–311.
103. Leichsenring F. Short-term psychodynamic therapy for obsessive-compulsive disorder: A manual-guided approach to treating the “ inhibited rebel .” *Bull Menninger Clin* 2017;81(Xx):1–49.
104. Bream V, Challacombe F, Palmer A, Salkovskis P. Cognitive Behaviour Therapy for Obsessive - Compulsive Disorder. Oxford: Oxford University Press, 2017, 17-18.
105. Rachman S. Obsessional ruminations. *Behav Res Ther* 1971;9(3):229–235.
106. Van Noppen BL, Steketee G. Individual, Group, and Multifamily Cognitive-Behavioral Treatments: In Pato MT, Zohar J (editors). *Current Treatments Of Obsessive - Compulsive Disorder Second Edition*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2001, 133-134.
107. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 2008;165(8):969-977
108. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behav Res Ther* 1998;36(4):385–401.
109. Rowa K, Purdon C, Summerfeldt LJ, Antony MM. Why are some obsessions more upsetting than others? *Behav Res Ther* 2005;43(11):1453–1465.
110. Bream V, Challacombe F, Palmer A, Salkovskis P. Cognitive Behaviour Therapy for Obsessive - Compulsive Disorder. Oxford: Oxford University Press, 2017, 18-21.

111. Purdon C. Thought suppression and psychopathology. *Behav Res Ther.* 1999;37:1029–1054.
112. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D. Cognitive - Behavioral Models of Obsessive - Compulsive Disorder: In Antony MM, Purdon C, Summerfeldt LJ (editors). *Psychological Treatment of Obsessive Compulsive Disorder, Fundamentals And Beyond.* Washington DC: American Psychological Association, 2007, 14-16.
113. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N. Beliefs about obsessional thoughts. *J Psychopathol Behav Assess* 1993;15(1):1–21.
114. Boysan M, Beşiroğlu L, Çetinkaya N, Atlı A, Aydın A. Obsesif İnanışlar Ölçeği - 44'ün (OIÖ-44) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010;47:216–222.
115. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and Interpretations of Intrusions Inventory. *Behav Res Ther* 2001;39:987–1006.
116. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999;37(SUPPL. 1):29–52.
117. Salkovskis PM, Richards H, Forrester E. The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behav Cogn Psychother* 1995;23(3):281–299.
118. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997;35(7):667–681.
119. Calleo JS, Hart J, Björgvinsson T, Stanley MA. Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *J Anxiety Disord* 2010;24(8):903–908.
120. McEvoy PM, Mahoney AEJ. Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *J Anxiety Disord* 2011;25(1):112–122.
121. Lind C, Boschen MJ. Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *J Anxiety Disord* 2009;23(8):1047–1052.
122. Clark DA, Purdon C, Clark DA, Purdon C. New Perspectives for a Cognitive Theory of Obsessions. *Aust Psychol* 1993;28(3):161–167.
123. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behav Res Ther* 2006;44(4):469–480.
124. Sorias S. Tanı Koyma Süreci ve Çoğul Tanılar Sorunu. *Psikiyatride Güncel* 2011;1(2):81–90.
125. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(June):593–602.
126. Bourdon KH, Rae DS, Locke BZ, Narrow WE, Regier D. Estimating the prevalence of mental disorders in U.S. adults from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Public Health Rep* 1992;107(6):663–668.
127. Nestadt G, Di CZ, Riddle MA, Grados MA, Greenberg BD, Fyer AJ, McCracken JT et al. Obsessive - compulsive disorder: subclassification based on comorbidity. *Psychol Med.* 2011;39(9):1491–1501.

128. Huppert JD, Simpson HB, Nissenson KJ, Liebowitz MR, Foa EB. Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depress Anxiety* 2009;26(1):39–45.
129. Jakubovski E, Diniz JB, Valerio C, Fossaluza V, Belotto-Silva C, Gorenstein C et al. Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2013;30(8):763–772.
130. Dell'Osso B, Benatti B, Arici C, Palazzo C, Altamura AC, Hollander E et al. Prevalence of suicide attempt and clinical characteristics of suicide attempters with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *CNS Spectr* 2017;1–8.
131. McIntyre RS, Soczynska JK, Bottas A, Bordbar K, Konarski JZ, Kennedy SH. Anxiety disorders and bipolar disorder: a review. *Bipolar Disord* 2006;8:665–676.
132. Abramowitz JS. Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *J Clin Psychol* 2004;60(11):1133–1141.
133. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2001;34(2):62–68.
134. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry*. 2002;43(2):150–157.
135. Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, Jaurieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N et al. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2008;49(3):305–312.
136. Kishore VR, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2004;19(4):202–208.
137. 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. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* 2010;34(2):323–330.
138. Welner A, Reich T, Robins E, Fishman R, Van Doren T. Obsessive-compulsive neurosis: Record, follow-up, and family studies. I. Inpatient record study. *Compr Psychiatry* 1976;17(4):527–539.
139. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM - III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143(3):317–322.
140. Ricciardi JN, McNally RJ. Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1995;9(3):249–256.
141. Anholt GE, Aderka IM, van Balkom AJ, Smit JH, Hermesh H, de Haan E et al. The impact of depression on the treatment of obsessive-compulsive disorder: Results from a 5-year follow-up. *J Affect Disord* 2011;135(1–3):201–207.
142. Bolhuis K, McAdams TA, Monzani B, Gregory AM, Mataix-Cols D, Stringaris A et al. Aetiological overlap between obsessive-compulsive and depressive symptoms: a longitudinal twin study in adolescents and adults. *Psychol Med* 2014;44(7):1439–1449.

143. Murphy DL, Moya PR, Fox MA, Rubenstein LM, Wendland JR, Timpano KR. Anxiety and affective disorder comorbidity related to serotonin and other neurotransmitter systems: obsessive-compulsive disorder as an example of overlapping clinical and genetic heterogeneity. *Philos Trans R Soc B Biol Sci* 2013;368(1615):20120435–20120435.
144. Saxena S, Brody AL, Ho ML, Alborzian S, Ho MK, Maidment KM et al. Cerebral metabolism in major depression and obsessive-compulsive disorder occurring separately and concurrently. *Biol Psychiatry* 2001;50(3):159–170.
145. Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel PA, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *J Anxiety Disord* 2010;24(1):79–86.
146. Sarisoy G, Pazvantoğlu O, Ozturan DD, Ay ND, Yilman T, Mor S et al. Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nord J Psychiatry* 2014;68(4):275–281.
147. Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, Shavitt RG, do Rosário MC, de Mathis MA, Miguel EC et al. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2013;209(2):186–195.
148. Tambs K, Czajkowsky N, Røysamb E, Neale MC, Reichborn-Kjennerud T, Aggen SH et al. Structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-IV anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 2009;195(4):301–307.
149. Abramowitz JS, Deacon BJ. Obsessive - Compulsive Disorder: Essential Phenomenology and Overlap With Other Anxiety Disorders: In Abramowitz JS, Houts AC (editors). *Concepts and Controversies in Obsessive - Compulsive Disorder*. New York: Springer, 2005, 119-133.
150. Gentes EL, Ruscio AM. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2011;31(6):923–933.
151. Antony MM, Purdon CL, Huta V, Richard PS. Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behav Res Ther* 1998;36(12):1143–1154.
152. Wells A. Meta-Cognition and Worry: A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behav Cogn Psychother* 1995;23:301–320.
153. Lochner C, Fineberg NA, Zohar J, van Ameringen M, Juven-Wetzler A, Altamura AC et al. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Compr Psychiatry* 2014;55(7):1513–1519.
154. Attademo L, De Giorgio G, Quartesan R, Moretti P. Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: From comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Riv Psichiatri* 2012;47(2):106–115.
155. Pena-Garijo J, Edo Villamón S, Meliá de Alba A, Ruipérez MÁ. Personality disorders in obsessive-compulsive disorder: a comparative study versus other anxiety disorders. *ScientificWorldJournal* 2013;2013:856846.
156. Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessive-compulsive disorder comorbidity: Clinical assessment and therapeutic implications. *Front Psychiatry* 2011;2:1–11.

157. Kaplan PW. Obsessive-compulsive disorder in chronic epilepsy. *Epilepsy Behav* 2011;22(3):428–432.
158. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006–1011.
159. Karamustafalıoğlu K, Üçışık A, Ulusoy M. Yale Brown obsesyon – kompülsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bursa Savaş Ofset*. :86.
160. Tek C, Uluğ B, Rezaki BG, Tanriverdi N, Mercan S, Demir B et al. 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(6):410–413.
161. Beck AT. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;1;4(6):561.
162. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikol Derg* 1989;7:3–13.
163. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(6):893–897.
164. Ulusoy M, Sahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1998;12(2):163–172.
165. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1988, 79 – 81.
166. Cherian AV, Narayanaswamy JC, Srinivasaraju R, Viswanath B, Math SB, Kandavel T et al. Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD? *J Affect Disord* 2012;138(3):352–359.
167. 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. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255(5):350–358.
168. Marazziti D, Dell'Oso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F et al. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry* 2002;17(7):407–410.
169. Tükel R, Meteris H, Koyuncu A, Tecer A, Yazıcı O. The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256(4):240–245.
170. Beşiroğlu L, Uguz F, Sağlam M, Agargun MY, Çilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2007;102(1–3):73–79.
171. Gentil AF, de Mathis MA, Torresan RC, Diniz JB, Alvarenga P, do Rosário MC et al. Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: The importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug Alcohol Depend*. 2009;100(1–2):173–177.
172. Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşkin R. The Predictors of Health Care Seeking Behavior in Obsessive-Compulsive Disorder. *Compr Psychiatry* 2004;45(2):99–108.
173. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13(1):7–24.

174. Viswanath B, Narayanaswamy JC, Cherian A V., Reddy YCJ, Math SB. Is familial obsessive-compulsive disorder different from sporadic obsessive-compulsive disorder? A comparison of clinical characteristics, comorbidity and treatment response. *Psychopathology* 2011;44(2):83–89.
175. Aubin HJ, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: A review. *Neurosci Biobehav Rev* 2012;36(1):271–284.
176. Bejerot S, Humble M. Low prevalence of smoking among patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 1999;40(4):268–272.
177. Sharma P, Gale TM, Fineberg NA. Clinical correlates of tobacco smoking in OCD: A UK, case-controlled, exploratory analysis. *J Behav Addict* 2012;1(4):180–185.
178. Abramovitch A, Pizzagalli DA, Geller DA, Reuman L, Wilhelm S. Cigarette smoking in obsessive - compulsive disorder and unaffected pparents of OCD patients. *Eur Psychiatry* 2015;30(1):137–144.
179. Velloso P, Piccinato C, Ferrão Y, Aliende Perin E, Cesar R, Fontenelle L et al. The suicidality continuum in a large sample of obsessive–compulsive disorder (OCD) patients. *Eur Psychiatry* 2016;38:1–7.
180. Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, Karaoglan A. Beck depression inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depress Anxiety* 2008;25(10):104–110.
181. Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, Griez E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. *J Clin Psychiatry* 2002;63(12):1106–1112.
182. Soucy Chartier I, Provencher MD. Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *J Affect Disord* 2013;145(3):292–299.
183. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D et al. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res* 2005;135(2):121–132.
184. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther* 2003;41(1):11–29.
185. Arts W, Hoogduin K, Schaap C, de Haan E. Do patients suffering from obsessions alone differ from other obsessive-compulsives? *Behav Res Ther* 1993;31(1):119–123.
186. Haslam N, Williams BJ, Kyrios M, McKay D, Taylor S. Subtyping obsessive-compulsive disorder: A taxometric analysis. *Behav Ther* 2005;36(4):381–391.
187. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2000;38(4):347–372.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Burçhan Sözer

Doğum yeri ve tarihi: Balıkesir, Merkez. 11 Ağustos 1987

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu: Muaf (Bedelli)

E – Posta adresi: burchansozer@gmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Dokuz Eylül Üniversitesi: 2005-2011

Amasya Anadolu Öğretmen Lisesi: 2002-2005

Bursa Ahmet Hamdi Gökbayrak Anadolu Öğretmen Lisesi: 2001-2002

Balıkesir – Gönen Şehit Kaymakam Rahmi Bey İlköğretim Okulu: 1996-2001

Balıkesir – Manyas İstiklal İlkokulu: 1992-1996

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Hekim: 2011

IV- Mesleki Deneyimi

2011-2012: Pratisyen Hekim

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

İstanbul Tabip Odası

VI- Bilimsel İlgi Alanları

- Dandy Walker Sendromu ve Bipolar Bozukluk: Olgu Sunumu
Sözer B, Tunçtürk M, Gürel B, Örum Yener TG – Poster Bildiri, TPD 19. Klinik Eğitim Sempozyumu
- Fregoli Sendromu; Bir Olgu Sunumu
Uygun E, Sözer B, Kunt S, Fıstıkçı N - Poster Bildiri, TPD 19. Klinik Eğitim Sempozyumu
- Bipolar Dedik Demans Çıktı: Bir Frontotemporal Demans Olgusu
Tunçtürk M, Uygun E, Sözer B, Eradamlar N - Poster Bildiri, TPD 19. Klinik Eğitim Sempozyumu
- Agorafobi Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri
Kart A, Sözer B, Türkçapar H – Poster Bildiri, TPD 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi

- Evrimsel Açıdan Erotomani: Olgu Sunumu
Sözer B, Çarpar E, Erkoç Ş – Poster Bildiri, TPD 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi
- Çok Geç Başlangıçlı Şizofreni Benzeri Psikoz, Bir olgu Sunumu
Şenay O, Sözer B, Uygun E, Erkoç Ş – Poster Bildiri, TPD 21. Klinik Eğitim Sempozyumu
- Psikiyatri Hastalarında Dini Yardım Arayışı ve Farklı Tanı Gruplarında Karşılaştırılması
Kılıç C, Balaban ÖD, Sözer B, Sancak B, Yazar MS – Poster Bildiri, TPD 21. Klinik Eğitim Sempozyumu

VII- Diğer Bilgiler

BDT 1. Modül Temel Eğitimi – Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği



9. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



BRSHH

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

6-605

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	OKB Depresyon Komorbiditesinde Obsesif İnançların Rolü						
	BAŞVURU TARİH VE SAYISI	30.01.2017-3765						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Asistan Dr. Burchan SÖZER						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi						
	DESTEKLEYİCİ	-						
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-						
	ARAŞTIRMANIN FAZİ							
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon Yüksek Doz Araştırması Diğer ise belirtiniz: Kesitsel						
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	☒	ÇOK MERKEZLİ	☐	ULUSAL	☐	ULUSLAR ARASI
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	☒		Türkçe	☒	İngilizce	Diğer	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☒		Türkçe	☒	İngilizce	Diğer	
	OLGU RAPOR FORMU		☒	Türkçe		İngilizce	Diğer	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		☒	Türkçe		İngilizce	Diğer	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-						
	DİĞER:	-						
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 07.02.2017	Karar No: 605						
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel salınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.							
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU								
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. M. Cem İLNEM							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki	İmza					
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	E ☐ H ☐						
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	E ☐ H ☐						
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	E ☐ H ☐						

EK 2 - SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU		
Adınız Soyadınız:	Yaş	Tarih
	Telefon	
Cinsiyet: Kadın () Erkek ()	Medeni Durum: Bekar () Evli () Boşanmış () Dul ()	
Meslek:	Eğitim Düzeyi: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()	
	Sınıf Tekrarı: Var () Yok ()	Tekrar edilen sınıf:
Çalışıyorum () Çalışmıyorum ()	İş değiştirme: Hiç () Nadiren () Sık ()	İş değiştirme sebebi:
Aylık Toplam Geliriniz: Gelir yok () Asgari ücret ve altı () 1000 – 1500 TL arası () 1500_2000 TL arası () 2000 TL’den çok ()		
Daha Önce İntihar Girişiminde Bulundunuz mu? Evet () Hayır () İntihar girişiminde bulunmuşsanız, kaç kez?		
Alkol Kullanımı: Hiç () Nadiren () Haftada bir iki kez () Her akşam ()		
Uyuşturucu Madde Kullanımı Var () Yok ()	Varsa ismi ve miktarı:	
Ailenizde bedensel hastalık (şeker, tansiyon, kanser gibi): Var () Yok ()		
Varsa ailenizde bulunan bedensel hastalıklar:		
Ailenizde psikiyatrik hastalık: Var () Yok ()		
Bilinen bir bedensel hastalığınız var mı? Var () Yok ()	Bedensel hastalıklarınız	
Daha önce hiç psikiyatriye başvurmuş muydunuz? Evet () Hayır ()		
Şu anda başvuru şikayetiniz?		
Kullanmakta olduğunuz ilaçlar, dozları, bu ilaçları ne kadar süredir kullanıyorsunuz?:		

EK 3 - BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRME

Obsesif Kompulsif Bozukluk obsesyon ve kompulsiyonlar gözlenmesiyle karakterize bir ruhsal bozukluktur. Obsesyonlar ya da takıntılar sürekli akla gelen tatsız düşünce, görüntü ya da görüntülerdir. Kirlilik veya hastalık bulaştığına yönelik düşünceler, cinsel olarak yasak utandırıcı şeylerin akla gelmesi, saldırganlık veya kazaya neden olma, dini açıdan günah kabul edilen düşüncelerin akla gelmesi obsesyonlara örnek olarak verilebilir.

Kompulsiyonlar veya zorlantılar ise kişinin kendisini yapmak ya da tekrarlamak zorunda gördüğü hareketler veya düşüncelerdir. Kompulsif davranışlar genellikle bir obsesyona yanıt olarak verilir. Tekrarlayan ve aşırı şekilde el yıkama, duş alma, kapı ya da ocak gibi yerleri kontrol etme, sayı sayma, bazı hareketleri tekrarlama, çeşitli sözleri söyleme kompulsiyonlara örnek olarak verilebilir.

Obsesif kompulsif bozukluk gelişiminde “obsesif inanışlar” denilen bazı düşünce hatalarının rol oynadığı saptanmıştır. Çeşitli düşünce hatalarının belli bazı obsesyon ve kompulsiyonlara yol açtığı öne sürülmüştür. Obsesif kompulsif bozukluk sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklara eşlik eder. Depresyon obsesif kompulsif bozukluğa en çok eşlik eden hastalıklardandır. Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluğun yanı sıra depresyon tanısı alan hastalarda obsesif inanışların rolünün araştırılması planlanmaktadır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Ayrıca istediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz. Ayrılmanız durumunda bu durum tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Araştırmaya katılmanız durumunda size ve almış olduğunuz tedaviye araştırma kapsamında herhangi bir müdahale olmayacaktır. Herhangi bir laboratuvar tetkiki yapılmayacaktır. Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda daha önceden hazırlanmış olan bir çalışma formuna yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, tıbbi hastalık öyküsü gibi bilgiler kayıt edilecek devamında araştırmada kullanılan ölçekleri cevaplandırmanız istenecektir. Bu işlemler ortalama 30 – 45 dakika sürmektedir.

Araştırmadaki bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçları bilimsel kongrelerde sunulabilir veya bilimsel dergilerde yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Katılımcı Bilgilendirilmiş Onay Formu

Yukarıda adı geçen çalışma ile ilgili olarak yazılı ve sözel bilgi aldım. İştediğim zaman, neden belirtmeksizin çalışmadan ayrılabilceğimi, bu durumda mevcut tedavimin etkilenmeyeceğini biliyorum. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bu onay formunun bir nüşhasını aldığımı beyan ederim.

Gönüllü Katılımcının:

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefonu:

İmza:

Adresi:

EK 4 - BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.

8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 5 - BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme korkusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 6 - YALE – BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

(Y-BOCS) – Açıklamalar ve Değerlendirme

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru : Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun) : Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az) , veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az)

2: Orta (günde 1 – 3 saat) , veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat) , veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla) , veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyip de yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif , sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta , sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır , sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum

4: Çok ağır , iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının “rahatsız edici” olduğunu kabul etmelerine karşın ‘anksiyete’yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semtomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen başedilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya yada dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda '0' puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir .

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

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEİ

Soru: Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolunuz var? Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yöneltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır) : Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla olduğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Bir çok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)

2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).

3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).

4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum.

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeyse, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor; veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen başedilebilir durumda olduğunu belirtir; veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen başedebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış; veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda “0” puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır; veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

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

10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ

Soru : Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiyet derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşı genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlüklerle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPÜLSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

Soru : Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak birşey olmadığına tam ikna olmuş gözüküyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız görüldüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

12. KAÇINMA

Soru : Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi birşey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, şu soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kişinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu şeylere dokunmaktan kaçınması şeklindedir. Örneğin, törensel bir şekilde çamaşır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı değildir. Eğer kişi çamaşır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.

4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herşeyi yapıyor.

13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ

Soru : Diğer kişilerin kolayca karar verebilecekleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

0: Yok.

1: Hafif, ufak şeyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.

2: Orta, hasta, başkalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliğinden belirtiyor.

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz şeyleri zihninde ölçüp biçme.

4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

Soru : Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var mı? Başkalarının başına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.

2: Orta, hasta, kendi kontrolü dışındaki olaylarda bile aşırı sorumluluk hissettiğini kendiliğinden ifade ediyor.

3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolü dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlar.

4: Çok ağır, sanrısai bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzağında olan bir depremin kendisi kompulsiyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

2: Orta, olağan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması. Sıklıkla geç tamamlanması.

3: Ağır, olağan işlemlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle işin uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlemlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. PATALOJİK KUŞKU

Soru : Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, işittiğiniz ve dokunduğunuz şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınız kuşkusunu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç.

1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.

2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.

3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.

4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta “Gördüklerime aklım güvenmiyor.” diye belirtir).

17. GENEL ŞİDDET

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0’ dan (hastalığın olmama durumu), 6’ ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kanıya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

0: Hastalık yok.

1: Hafif, kuşkulu veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.

2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.

3: Orta şiddette semptomlar. Çabayla işlevlerini yerine getirebiliyor.

4: Orta – ağır şiddette semptomlar. İşlevler kısıtlanmış.

5: Ağır semptomlar. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor.

6: Çok ağır semptomlar. Tümünüyle iş göremez durumda

18. GENEL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötüye gidiş.

2: Çok az kötüye gidiş var.

3: Değişiklik yok.

4: Çok az iyileşme var.

5: Epeyce iyileşme var.

6: Çok fazla iyileşme var.

19. GÜVENİLİRLİK

Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini puanlandırın. Güvenirliği etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.

1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir.

2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir.

3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

17 ve 18. bölümler Clinical Global Impression Scale' den uyarlanmıştır. [Guy w:ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology : Publication 76 – 338. Washington, D.C., US. Department of Health and Welfare (1976)]

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Varolan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları “P” ile işaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. “*” ile işaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir).

ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birşey yapmaktan korkma*
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- Çalacağından korkma
- Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

KİRLENME OBSESYONLARI

- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)
- Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)
- Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)
- Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
- Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
- Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
- Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya incest ilişkisiyle ilgili
- Homoseksüel ilişkiyle ilgili*
- Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- Diğer

BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

DİNİ OBSESYONLAR

- Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
- Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- Doğaüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini)
- Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

- Bilme veya hatırlama ihtiyacı
- Belirli şeyleri söyleme korkusu
- Doğru şeyi söylememe korkusu
- Birşeyler kaybetme korkusu
- İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
- Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
- Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
- Uğurlu veya uğursuz sayılar
- Özel anlamı olan renkler
- Batıl itikatlar
- Diğer

SOMATİK OBSESYONLAR

- Hastalık ile ilgili*
- Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili (örneğin dismorfofobi)*
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

- Aşırı veya törensel el yıkama
- Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin temizliği ile aşırı ilgili
- Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

- Tekrar okuma veya yazma
- Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örneğin, kapıdan girme / çıkma, sandalyeye oturma / kalkma)
- Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobiler, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır. (örneğin, eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek)]

DİĞER KOMPULSİYONLAR

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Aşırı liste hazırlama
- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
- Göz kırpmaya veya gözlerini dikme törensel davranışları*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları *
- Diğer

Genel Bilgiler

Bu derecelendirme ölçeği obsesif-kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Genelde tüm bölümlerde hastanın bildirimleri esas alınmaktaysa da, sonuçtaki değerlendirme görüşmeyi yapanın klinik kararına dayanmaktadır. Görüşmenin yapılmasından bir hafta öncesinden başlayarak her bir madde için hasta gözlenmelidir. Puanlar bütün bu özelliklerin bir haftalık görülme ortalamasını yansıtmalıdır.

Bu derecelendirme ölçeği yarı – yapılandırılmış bir görüşme amacıyla hazırlanmıştır.

Görüşmeyi yapan kişi sırayla ekte sunulan soruları kullanarak değerlendirme yapmalıdır. Bununla birlikte görüşmeyi yapan kişi, duruma açıklık getirecek ek sorular sormakta serbesttir. Eğer hasta görüşme sırasında ek bilgi vermeye istekli olursa, bu bilgiler de değerlendirilmelidir.

Derecelendirme, görüşme sırasında verilen yanıtlar ve gözlemlerle sınırlı olmalıdır. Eğer elde edilen bilgilerin büyük oranda yanlış olduğuna karar vererseniz, hastanın güvenilirliğine ilişkin bir sorun vardır ve bu durum görüşme sonundaki “güvenirlik” bölümünde değerlendirilmelidir (19’ uncu madde). Sorulara başlamadan önce hastaya aşağıda belirtilen şekilde “obsesyonları” ve “kompulsiyonları” tanımlayınız.

“Takıntılar” sürekli olarak aklınıza gelen hoş olmayan fikir, düşünce ve görüntülerdir. İstemediğiniz halde aklınıza gelirler. Size çirkin ve anlamsız gelen bu düşünceler kişiliğinize uymazlar. Çoğu zaman da size sıkıntı verirler. “Tekrarlayıcı hareketler” anlamsız ve gereksiz bulmanıza rağmen yaptığınız hareket ve davranışlardır. Zaman zaman bunları yapmamak için direnirsiniz, ama bu çok güç olabilir. Bu hareketi yapıp bitiremezseniz sıkıntı duyarsınız. Şimdi size takıntılar ve tekrarlayan hareketlerle ilgili birkaç örnek vereyim : Takıntıya örnek: Hiçbir zaman yapmayacağımız halde “çocuğuma fiziksel olarak zarar vereceğim” düşüncesinin tekrar tekrar aklınıza gelmesi.

Tekrarlayıcı hareketlere bir örnek : Evden çıkmadan önce pencerenin kapalı olup olmadığını 6 kez kontrol etmek. Çoğu zaman tekrarlayan hareketler gözle görülebilir davranışlardır. Ancak bazıları da kişinin içinden yaptığı davranışlardır. Mesela, aklına kötü bir düşünce geldiği zaman içinden ona kadar saymak gibi. “Bu söylediklerimle ilgili sorunuz var mı?” (Eğer yoksa devam edilmelidir). Testin tekrarlanması durumlarında bu tanımlayıcı açıklamaların yapılması gerekmebilir. Obsesyonların istenmeyen, ancak kişinin elinde olmadan itildiği düşünce ve değerlendirmeler olduğunu, kompulsiyonların ise yapmak zorunluluğunu hissettikleri davranışlar olduğunu hastaya hatırlatmak yeterli olacaktır. Hedef semptomların bir listesini oluşturabilmek için, hastanın şimdiki obsesyon ve kompulsiyonlarını tek tek anlatmasını isteyiniz. Şu an varolan semptomları tanımlabilmek için, obsesyon ve kompulsiyon listesini kullanın. Daha sonraki değerlendirmelerde tekrar ortaya çıkabilecekleri için, geçmişteki belirtileri bilmek ve tanımlamak da yararlı olur. Varolan obsesyon ve kompulsiyonları belirledikten sonra, Hedef Semptomlar Formu üzerinde klinik açıdan elverişli bölümler şeklinde düzenleyerek, liste oluşturun (örneğin, hedef kompulsiyonları kontrol etme ve yıkama olarak ayırın). İzlemeyi kolaylaştırmak açısından semptomların belirleyici özelliklerini tanımlayın (örneğin, listede “kontrol etme” şeklinde tanımlanan semptomun yanına, hastanın neyi kontrol ettiğini belirtin). Değerlendirmenin odak noktasını oluşturacağı için, en belirgin semptomların neler olduğunu belirtiniz. Buna rağmen her bölümün sonuç puanının, hastanın bütün obsesyon ve kompulsiyonlarının bileşik bir derecelendirmesini yansıtmaması gerektiğini unutmayın. Testin tekrarlandığı durumlarda, Madde 1’i derecelendirmeden önce, hedef obsesyonları yeniden gözden geçirerek, gerekiyorsa değiştirin. Madde 6’nın derecelendirilmesinden önce de aynı işlemi kompulsiyonlar için yapın. Ondokuz maddenin hepsi de derecelendirilmelidir. Ancak ilk on madde toplam puanı belirlemede kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. Obsesyonların toplamı ilk beş, Kompulsiyonların toplamı ise ikinci beş maddenin toplamıdır.

EK 7 - OBSESİF İNANISLAR ÖLÇEĞİ

Obsesif İnançlar Ölçeği (OlÖ-44)

Bu envanter insanların kapıldıkları farklı tutum ve inançları sıralamaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Her bir ifade için sizin *düşüncenizi en iyi tanımlayan* rakamı işaretleyiniz. Soruların doğru ve yanlış cevabı yoktur.

Verilen ifadenin sizin genel bakış açınızı temsil edip etmediğine karar verirken *çoğu zaman* nasıl düşündüğünüzü gözünüzün önüne getiriniz.

Cevaplarken aşağıdaki ölçeği kullanınız:

(1)	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Orta düzeyde katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum

Soruları puanlarken ölçekteki orta noktayı (4) işaretlemekten kaçınınız. Daha çok kendi inanç ve tutumlarınıza göre genellikle ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

- | | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Çevremdeki şeylerin genellikle tehlikeli olduklarını düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Bir şeyden tam olarak emin değilsem hata yapmam kaçınılmazdır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Benim kendi ölçütlerime göre her şey mükemmel olmak zorundadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Değerli bir insan olabilmek için yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorundayım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Fırsatını bulduğum zaman kötü şeylerin olmasını engellemek için harekete geçmem gerekir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Zarar görme olasılığı olmasa bile her ne pahasına olursa olsun zararı engellemeye çalışmam gerekir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Bana göre kötü isteklere sahip olmak, onları gerçekten yapmak kadar kötüdür. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Tehlikeyi önceden gördüğümde harekete geçmezsem her türlü sonuçtan ben sorumlu olurum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Bir şeyi mükemmel şekilde yapamayacaksam onu hiçbir şekilde yapmamalıyım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Her zaman bütün potansiyelimi kullanmak zorundayım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Bir duruma ilişkin olası bütün sonuçları dikkate almak benim için önemlidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Küçük hatalar bile bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Sevdiklerim hakkında saldırgan düşüncelere ve dürtülere sahipsem, bu benim içten içe onlara zarar vermek isteyebileceğim anlamına gelir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Kararlarımdan emin olmak zorundayım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Gündelik karşılaşılabilecek her türlü durumda, zarara engel olamamak kasten zarara sebep olmak kadar kötüdür. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli çaba harcamayı gerektirir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. | Benim için bir zararı engellemek zarara neden olmak kadar kötüdür. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. | Bir hata yaparsam üzüntü duymam gerekir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. | Benim kararlarımın veya yaptıklarımın olumsuz sonuçlarının başkalarına herhangi bir zarar vermeyeceğinden emin olmam gerekir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. | Bana göre mükemmel olmayan şeyler doğru değildir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

21. Müstehcen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
22. Ekstra önlemler almazsam, ciddi bir kaza geçirme veya ciddi bir kazaya neden olma olasılığım bir başkasına göre çok daha fazladır.	1	2	3	4	5	6	7
23. Kendimi güvende hissedebilmek için ters gidebilecek herhangi bir şeye olabildiğince hazırlıklı olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tuhaf veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalı.	1	2	3	4	5	6	7
25. Benim için bir hata yapmak tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
26. Küçük meselelerde bile her şeyin açıkça belirlenmiş olması önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
27. Dine aykırı bir düşünceye sahip olmak din dışı bir şey yapmak kadar günahdır.	1	2	3	4	5	6	7
28. Zihnimi istenmeyen düşüncelerden uzak tutabilmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Kendime veya başkalarına kazara zarar vermeye diğer insanlardan daha yatkınım.	1	2	3	4	5	6	7
30. Kötü düşüncelere sahip olmak benim acayip veya anormal biri olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
31. Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
32. İstenilmeyen bir cinsel düşünce veya hayale sahip olmak onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
33. Muhtemel bir felaketin yaşanmasında yaptıklarımın az bir etkisi bile olsa ortaya çıkacak sonuçtan ben sorumlu olurum.	1	2	3	4	5	6	7
34. Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı düşüncesine kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
35. İstem dışı gelen düşüncelere sahip olmak kontrolden çıktığım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
36. Çok dikkatli olmazsam zarara sebep olacak olaylar meydana gelecektir.	1	2	3	4	5	6	7
37. Bir şeyler tam olarak doğru bir şekilde yapılana kadar üzerinde çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
38. Saldırgan düşüncelere sahip olmak kontrolü kaybedeceğim ve saldırganlaşacağım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
39. Bana göre bir felakete engel olamamak ona neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
40. Bir işi mükemmel şekilde yapmazsam insanlar bana saygı göstermezler.	1	2	3	4	5	6	7
41. Hayatımdaki sıradan deneyimler bile risk doludur.	1	2	3	4	5	6	7
42. Kötü bir düşünceye sahip olmak ahlaki olarak kötü bir iş yapmaktan farklı değildir.	1	2	3	4	5	6	7
43. Ne yaparsam yapayım yeterince iyi olmayacak.	1	2	3	4	5	6	7
44. Düşüncelerimi kontrol etmezsem cezalandırılacağım.	1	2	3	4	5	6	7

Obsesif İnançlar Ölçeği 44 (OIÖ-44) Dereceleme Anahtarı

Sorumluluk/ Tehlike Beklentisi (Responsibility/ Threat Estimation)

1, 5, 6, 8, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 29, 33, 34, 36, 39, 41

Mükemmeliyetçilik/ Kesinlik (Perfectionism/Certainty)

2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 31, 37, 40, 43

Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme (Importance/Control of Thoughts)

7, 13, 21, 24, 27, 28, 30, 32, 35, 38, 42, 44