



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ
BİREYLERDE DERİN TRANSKRANİYAL MANYETİK
UYARIM TEDAVİSİNİN ETKİLİLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

Hamra YOLAÇAN

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Habib ERENŞOY**

İSTANBUL-2024

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ
BİREYLERDE DERİN TRANSKRANİYAL MANYETİK
UYARIM TEDAVİSİNİN ETKİLİLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

Hamra YOLAÇAN
214102029

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Habib ERENŞOY

İSTANBUL-2024

YEMİN METNİ

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, bunu bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu beyan ederdim.

15/02/2024

Hamra YOLAÇAN

TEŞEKKÜR

Tanıştığımdan beri mentörüm olan bilgisiyle, tecrübesiyle, hoşgörü ve nezaketiyle yardımlarını esirgemeyen değerli hocam H. Yıldız BURKOVİK' e,

Bütün eğitim hayatım boyunca öğrenme aşkımdan ilham aldığım, bana inanan, güvenen, destekleyen ve bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan canım babam Hacı Muhammet YOLAÇAN' a,

Küçük yaşta eğitim hayatına atılmama sebep olan o gün bu gündür de bitmeyen/bitmeyecek eğitim hayatımın mimarı olan canım annem Huriye YOLAÇAN' a,

Ufuk açan sohbetleriyle hayatımı zenginleştiren, bilgisini ve tecrübesini esirgemeyen, bu tezi yazma sürecinde benden daha istekli ve daha stresli olan kardeşim Sürgül YOLAÇAN' a,

Hayatta hep en büyük zenginliğim olduğuna inandığım, varlıklarına her daim şükrettiğim, beni daraltmasalar bu süreci daha rahat atlatacağımı düşündüğüm ancak beni her zaman harekete geçirenin de onlar olduğunu bildiğim canım aileme,

Tez yazma sürecimi sabote eden birbirinden tatlı ve bir o kadar yaramaz olan yeğenlerim Ayşe Zehra, Selim Asaf ve Elif Sahra YOLAÇAN' a

Her daim duasını arkamda hissettiğim, sözleriyle, varlığıyla ruha şifa ve aynı zamanda alaylı psikolog olan canım teyzem İmhan AKELMA' ya

Tanıştığımız günden beri bir büyüme hikâyesi paylaştığım, çokça kavga edip hep daha güzel barıştığım ve güzel günleri göreceğimize dair umudumu diri tutan arkadaşım (nam-ı diğer kalemzen) Nuran DOĞAN' a,

Tez yazarken bunaldığım süreçte bana evini açan, çayımı ve çorbamı eksik etmeyen güler yüzlü arkadaşım Rabia Berre ÖNDER' e,

Ne zaman motivasyona ihtiyacım olsa hemen yardıma koşan destek timi arkadaşlarım; Neslihan DURSUN' a, Sümeyye CANLI' ya, Gizem Nur ARI' ya, Asiye AKYIL' a, Eda ÜRKMEZ' e ve Beyza ÇOŞKUN' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Psk. Hamra YOLAÇAN

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİREYLERDE DERİN TRANSKRANİYAL MANYETİK UYARIM TEDAVİSİNİN ETKİLİLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

ÖZET

Amaç: Obsesif-Kompulsif Bozukluğu (OKB), kişilerin sosyal yaşamını ve işlevselliği önemli ölçüde etkileyen tekrarlayıcı obsesyonel düşünceler ve/veya kompulsif davranışların belirgin olduğu kronik ve ruhsal bir hastalıktır. Bu hastalığın tedavisinde en sık kullanılan yöntemler; farmakolojik tedaviler veya psikoterapilerdir ancak hastaların %30'undan fazlası bu yöntemlerle herhangi bir iyileşme göstermemektedir. Bu durum, adı geçen tedavilerin yetersiz kaldığı yerde yeni ve etkili başka yöntemlerin araştırılmasına yöneltmiştir. Yapılan araştırmalar Derin Transkraniyal Manyetik Uyarım (dTMU) tedavisinin OKB için alternatif bir tedavi yöntemi olduğunu, hastalığın semptomlarında iyileşmenin görüldüğünü, etkili ve güvenilir bir yöntem olduğunu göstermiştir. Bu çalışma da literatüre destek olmak ve bu tedavinin yaygın olarak kullanılması için yapılacak araştırmaların sayısını artırmayı hedeflemektedir.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmanın örneklemini NPIstanbul hastanesinde son 5 yıl içerisinde tedavi gören, OKB tanısı almış, dTMU tedavisi için uygun görülen ve bunu tamamlayan hastalarından seçilmiştir. Araştırma retrospektif bir çalışma olup gerekli izinler alınmıştır. Tedavinin etkililiği için hastalara uygulanan Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeğinin (Y-BOCS) ön test son test skorları SSPS de t- testi ile analiz edilmiştir. Tedavi sonrası ölçeğin alt maddelerindeki değişim de incelenmiştir. Tedaviye verilen yanıtın hastaların kullandığı ilaç türleriyle ilişkili olup olmadığına araştırılmıştır. Ayrıca dTMU tedavisinin cinsiyete göre etkili olup olmadığına da bakılmıştır.

Bulgular: Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatürle uyumlu çıkmıştır. Uygulanan dTMU' nun OKB şiddetini önemli ölçüde azalttığını ve dolayısıyla etkili bir tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir ($p<0.05$). Y-BOCS ölçeğinin alt maddelerinde de anlamlı bir iyileşme görülmüştür. Cinsiyetin zamanla birlikte OKB şiddeti üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gözlemlenmiştir.

($P=0.514 > 0.05$). Hastanın kullandığı ilaç türleri ile tedaviye verilen yanıt arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P=0.804 > 0.05$).

Sonuç: dTMU, OKB tedavisinde etkili bulundu. Bu uygulamanın daha kapsamlı yapılacak araştırmalarla OKB tedavisinde yaygın bir yöntem olarak kullanılabileceği düşünöldü.

Anahtar Kelimeler: Derin Transkraniyal Manyetik Uyarım, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Tedavi Yöntemleri



RESEARCH OF THE EFFECTIVENESS OF THE DEEP TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION THERAPY IN INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

ABSTRACT

Objective: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a chronic and mental disorder in which repetitive obsessive thoughts and/or compulsive behaviors are prominent. This situation significantly affects the social life and functionality of people. The most commonly used methods for the treatment of this disease are pharmacological treatments or psychotherapies, but more than 30% of patients do not show any improvement with these methods. This situation has led to the search for other new and effective methods where the mentioned treatments are insufficient. Research has shown that Deep Transcranial Magnetic Stimulation (dTMS) therapy is an alternative treatment method for OCD. With this method, an improvement in the symptoms of the disease is observed. It is an effective and reliable method. This study also aims to increase the number of studies to be conducted to support the literature and to widely use this treatment.

Participants and Method: The sample of the study was selected from patients who have been treated for OCD in NPIstanbul hospital within the last 5 years. These patients were considered suitable for dTMS treatment and had completed it. The research is a retrospective study and the necessary permits have been obtained. The pre-test and post-test scores of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) applied to patients for the effectiveness of treatment were analyzed by t-test at SPSS. The changes in the subitems of the Y-BOCS scale after treatment were also examined. It was investigated whether the response to treatment was related to the types of drugs used by the patients. In addition, it was also examined whether dTMS treatment was effective according to gender.

Results: The findings obtained from the study were consistent with the literature. It shows that the dTMS applied significantly reduces the severity of OCD and is therefore an effective treatment method ($p < 0.05$). A significant improvement was also seen in the subitems of the Y-BOCS scale. It has been shown that the effect of gender on OCD severity over time is not statistically significant ($P = 0.514 > 0.05$). No

significant relationship was found between the types of medications used by the patient and the response to treatment. ($P=0.804>0.05$).

Conclusion: dTMU was found to be effective in the treatment of OCD. It was thought that this application could be used as a common method in the treatment of OCD with more comprehensive research.

Keywords: Deep Transcranial Magnetic Stimulation, Obsessive-Compulsive Disorder, Treatment Method



İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	2
2.1.1. Tanımı.....	3
2.1.2. Tarihçe	5
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Etiyolojisi.....	8
2.1.5. Klinik Belirtileri.....	11
2.1.6. Tanı ve Ayırıcı Tanı.....	14
2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Seyri ve Tedavi Yöntemleri.....	17
2.2.1. Farmakolojik Tedavi.....	18
2.2.2. Psikoterapi Yaklaşımları.....	18
2.2.3. Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi.....	20
2.2.4. Diğer yöntemler	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Katılımcılar	24
3.2. Veri Toplama Araçları	25
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	25
3.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS).....	25
3.2.3. Derin TMU müdahalesi	26
3.3. Veri Analizi.....	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	41
7. KAYNAKLAR	42



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. DSM-V' e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri.....	15
Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	27
Tablo 3. Hastalara Uygulanan Tedavi Biçimleri ve Yöntemleri.....	28
Tablo 4. Bağımlı Örneklem t-testi Sonuçları (Y-BOCS).....	29
Tablo 5. Tekrarlı Ölçümlü ANOVA Sonuçları.....	30
Tablo 6. Bağımlı Örneklem t-testi Sonuçları (Obsesyon).....	31
Tablo 7. Tekrarlı Ölçümlü ANOVA Sonuçları (Obsesyon).....	31
Tablo 8. Bağımlı Örneklem t-testi Sonuçları (Kompülsiyon).....	32
Tablo 9. Tekrarlı Ölçümlü ANOVA Sonuçları (Kompülsiyon).....	32
Tablo 10. Tekrarlı Ölçümlü ANOVA Sonuçları (dTMU&Y-BOCS).....	33
Tablo 11. Tekrarlı Ölçümlü ANOVA Sonuçları (İLAÇLAR &Y_BOCS).....	34

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 : Obsesif Kompulsif Bozukluk Döngüsü.....	4
Şekil 2 : OKB' nin bilişsel-davranışçı modelin kuramsal çerçevesi.....	11



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACC: Anterior Singulat Korteks

ACT: Acceptance and Commitment Therapy /Kabul ve Kararlılık Terapisi

APA: American Psychological Association / Amerika Psikoloji Birliği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

CSTC: Kortiko-Striato-Talamo-Kortikal Yolak

DBS: Derin Beyin Stimülasyonu

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders /Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

dTMU: Derin Transkraniyal Manyetik Uyarım

ECA: Epidemiologic Catchment Area / Epidemiyolojik Erişim Alanı

EKG: Elektokardiyografi

EKT: Elektrokonzülzif Tedavi

ERP: Exposure And Response Prevention/ Maruz Kalma ve Tepki Önleme

FDA: U.S. Food and Drug Administration

GABA: Gama-aminobutirik asit nörotransmitter

ICD-10: International Classification of Diseases/ Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılma

mPFC: Medial Prefrontal Korteks

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

QEEG: Elektroensefalografi

SSRI: Seçici serotonin geri alım inhibitörleri

TMU: Transkraniyal Manyetik Uyarım

tTMU: Tekrarlayıcı Transkraniyal Manyetik Uyarım

Y-BOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği



1. GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), en sık rastlanılan psikiyatrik hastalıklardan biri olup obsesyon ve kompulsiyonlarla birlikte görülen kronik ve nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Bu da hastalığın tedavisinde farklı yöntemlerin kullanılmasına ve farklı yönlerden araştırılmasına zemin hazırlamıştır. OKB' de en yaygın kullanılan yöntemlerin başında ilaçla tedavi ve davranışçı psikoterapi yöntemleri gelmektedir. Ancak yapılan araştırmalarda OKB hastalarının %30'undan fazlasında farmakolojik tedavi veya Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile bir iyileşme göstermemektedir. Bu durum hastalığın tedavisinde ilaçla tedavinin veya psikoterapinin yetersiz kaldığı yerlerde yeni ve etkili başka yöntemlerin araştırılmasına yöneltmiştir.

Derin Transkraniyal Manyetik Uyarım (dTMU), Depresyon, OKB, Bağımlılıklarda ve pek çok hastalıklarda uygulanan alternatif bir tedavi yöntemidir. Yapılan araştırmalar uygulanan dTMU tedavisinin etkili ve güvenilir bir yöntem olduğunu ve hastalığın semptomlarında iyileşme olduğunu göstermiştir. Bu araştırma, OKB' de uygulanan diğere yöntemlerden yeterince yanıt alamayan hastalara önerilen dTMU tedavisinin hastalığın semptomlarında diğere yöntemler kadar etkili olduğunu göstermeyi amaçlamaktadır. Ayrıca OKB' nin tedavisinde başka yöntemlerin uygulanmasına, araştırılmasına öncülük edecek çalışmalara katkıda bulunmak ve uygulanan dTMU tedavisinin etkililiğinde hastalara uygulanan diğere tedavi yöntemleriyle ilişkisine bakmayı hedeflemektedir.

Amaca bağılı olarak araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

1. Uygulanan dTMU tedavisi sonrası OKB semptomlarında anlamlı bir iyileşme görülür.
2. Bu iyileşme hastalara uygulanan Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeğinin (Y-BOCS) alt maddelerde görülür.
3. Hastalarda uygulanan tedavinin etkililiğı cinsiyetlere göre farklılaşmaktadır.
4. Derin TMU işleminin sırasında provoke edilen hastaların tedavi yanıtı edilmeyenlere göre daha fazladır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

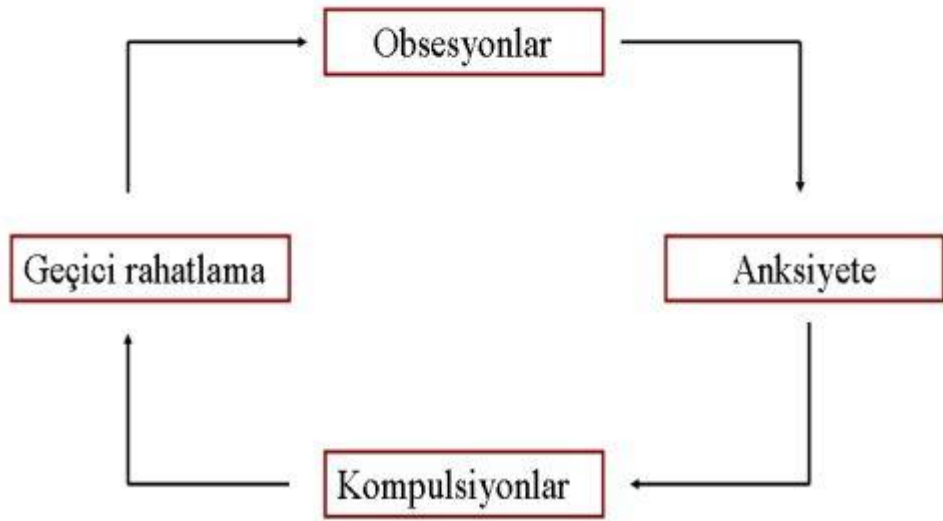
Obsesif kompulsif davranışların insanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülmektedir. Dini ritüellerde ve ayinsel törenlerde benzer davranışları görmek mümkündür (Toptaş, 2019). Bu törenlerin temelinde obsesif kompulsif nevrozda görülen savunma mekanizmalarına benzer bir işleyiş görülmektedir. Eski din kitaplarında saplantılı düşünceler ve zorlantı davranışlar içeren örnekler mevcuttur (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozukluğu, 2021). Malleus Maleficarum (Şeytanın Çekici) Orta Çağ' da cadı avlarını desteklemek ve yönlendirmek için rahipler tarafından yazılmış ünlü bir kitaptır. Bu kitapta bir papazın şeytanın etkisiyle her dua edişinde ve her kilisenin önünden geçişinde dilini çıkardığını ve kendisini rahibi dinlemeye verdikçe de rahatsız edici düşüncelerle boğuştuğunu anlatmaktadır (Kerdiğe ve Şentürk, 2020). Bunun yanı sıra yunan mitolojisinde geçen Kral Sisifos' un hikâyesi en bilinen örneklerden biridir. Sisifos, aç gözlü, kurnaz ve hilekâr olmasıyla bilinen bir kraldır. Tanrıları kandırmaya çalışması yüzünden kendi içinde sonsuz bir döngüye hapsolacağı bir cezaya çarptırılmıştır. Bu ceza dağın eteğinde bulunan kocaman bir kayayı dağın zirvesine çıkarmaktır. Ancak tam zirveye ulaşacakken kaya tekrar dağın eteğine yuvarlanır ve Sisifos her şeye yeniden başlar. Tanrılara baş kaldırma düşüncesi bu eylemi sürekli yapmasına neden olur. İngilizcede “anlamsız” veya “ bitmek tükenmek bilmeyen işler” anlamına gelen Sisyphean da buradan gelir. Obsesif kompulsif özelliklere sahip karakterler birçok edebi eserlerde de karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan en çarpıcı olanı Shakespeare' in Lady Machbeth (1606) adlı eserinde geçer. Lady Machbeth, kocasını etkileyerek Kral Duncan'ı öldürmesine neden olur. Daha sonra duyduğu suçluluğu sürekli ellerini yıkayarak gidermeye çalışmaktadır. “Arabistan' ın bütün parfümleri getirilse bu elin kirleri temizlenemez” der ve ellerinin kirli olduğu düşüncesinden kurtulamaz. Gustave Flaubert' in ilk öyküsü olan Bibliyomani (1836), haberlere konu olmuş gerçek bir hikâyedir. Başkahramanı İspanya' da yaşayan el yazması eserler ve baskısı olmayan kitapları toplama konusunda saplantılı olan bir keşiştir. Topladığı kitapları okumaktan ziyade onları saatlerce inceleyip bakmakla yetinir. Bu tutkusunun sonucunda hırsızlık yapır

cinayet işler. Sonunda yakalanıp idam cezası alır. Ancak onu delirten şey, ölüm haberinden çok elinde olan kitabın başka bir baskısının ortaya çıkması olur.

Günlük hayatın içerisinde maruz kaldığımız bir müzik bütün gün zihnimizi meşgul edebilir hatta dilimize dolanabilir veya dikkatimizi çeken, bizi sarsan bir görüntü, anı uzun süre aklımızda kalabilir. Bunlar herkesin başına gelebilir veya bazı takıntılarımız da olabilir. Ancak bunun bir bozukluk ya da patoloji diye adlandırılabilmesi için kişinin işlevselliğini, sosyal hayata uyumunu bozması gerekir. Bu çalışmada Obsesif Kompulsif Bozukluğu genel bir çerçevede ele alıp tedavisinde kullanılan yöntemlere alternatif başka yöntemlerin etkililiğini inceleyeceğiz.

2.1.1. Tanımı

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), işlevselliği önemli ölçüde etkileyen tekrarlayıcı obsesyonel düşünceler ve/veya kompulsif davranışların belirgin olduğu bir ruhsal bozukluktur (Yılmaz B. , 2018). Obsesyonlar; istemsiz, süreğen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı, bilinçli bir çaba ile zihinden uzaklaştırılamayan, yinelenen dürtü, düşlem ve düşüncelerdir. Kompulsiyonlar ise bu obsesyonların oluşturduğu kaygıyı zihinden uzaklaştırmak ve rahatsızlığı azaltmak için yapılan irade dışı, tekrarlanan davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir (Tamam ve Demirkol, 2019). Bunlar çoğu zaman kişilerin mantığına, dünya görüşüne, ahlak anlayışına ve inançlarına ters düştüğü gibi kabul edilememektedir (Karaca, Oktay, Koçak, ve Erden, 2020). Kompulsiyonlar, başlangıçta obsesyonlardan kaynaklanan kaygıyı azaltsa da süreçte kendileri de kaygının ve sıkıntının oluşmasına sebep olabilirler. Görünüşte her ne kadar bir amaca yönelik olsa da kompulsiyonların kalıcı bir yararı olmadığı gibi hastanın yorgun düşmesine de neden olabilir. Ağır OKB tanısı almış hastalarda bu kompulsiyonların yerine getirilmesi kişilerin uzun süreleri aldığından (günde 1 saatten daha fazla zaman kaybı) günlük rutinlerini yapma, sosyal ilişkileri sürdürebilme, mesleki sorumluluklarını yerine getirme ve yaşam kalitesini devam ettirebilme gibi alanlarda işlevselliğini önemli ölçüde bozar (Kani, 2014).



Şekil 1: Obsesif- Kompulsif Bozukluk Döngüsü (Kütük, 2010).

Obsesyon, Latince sıkıştırmak, bunaltmak, tedirgin etmek, rahat vermemek, anlamında kullanılan “obsidere” sözcüğüne karşılık gelirken psikiyatri de ise “yanlış olduğunu bildiğimiz halde zihnimizden atamadığımız, arzu edilmeyen, mantık ve muhakeme ile kurtulamadığımız saplantı halindeki düşünceler” olarak tanımlanmıştır (Yılmaz B. , 2018). Kişi bu düşüncelerin mantıklı olmadığını bildiği halde bunları zihninden uzaklaştırmayı becerememektedir. Bu zihni istila eden düşüncelerin telkinleri davranışa dökülmediği ya da kişi tarafından paylaşılmadığı süreç anlaşılmamaktadır. Tekrar eden, aşırı ve zorlayıcı davranışlarla kendini gösteren kompulsiyonlar (zorlantı), bu obsesif düşüncelerin kanıtı niteliğindedir (Kerdiğe ve Şentürk, 2020). Literatürde en sık karşılaşılan obsesyonlar; kir, bulaşma korkusu, simetri, aşırı şüphecilik, kararsızlık, dini veya cinsel konularla aşırı meşgul olma ve bunu nötralize edecek ritüeli yerine getirmese kötü şeyler olacağını düşünmesiyle karşımıza çıkar. Kompulsiyonlarda ise en sık temizlik, yıkama, kontrol, düzenleme, sayma, tekrarlama ve biriktirme görülür. Kompulsiyonların hepsi fiziksel bir eylem içermeyebilir. Bazen kişi obsesyonun baskısını azaltmak için mental bir ritüel de oluşturabilir; Bir duayı veya düşüncüyü tekrar etme gibi (Karslıoğlu ve Yüksel, 2007). *Obsesyonlar genellikle bir tehdit, kompulsiyonlar ise bu tehdide karşı bir tehdit niteliğindedir* (Türkiye Psikologlar Derneği, 2003).

2.1.2. Tarihçe

Obsesif Kompulsif Bozukluk, 19. Yüzyıla kadar birçok psikolojik hastalık gibi din veya büyücülükle ilişkilendirilmiştir. Obsesyon ve kompulsiyonları ilk psikiyatrik olarak ele alan kişi Jean Ettiene Dominique Esquiro' dur. Bunları depresyon ve melankoli belirtisi olduğunu ve mental sağlığı normal kişilerin önlenemez, dürtüsel aktivitesi olduğunu savunmuştur (Şahin ve Ediboğlu, 2022). Obsesyon terimini ise ilk defa kullanan ve literatüre kazandıran B. Morel (1860)' dir (Yılmaz B. , 2018). Morel (1866), OKB' yi otonom sinir sisteminin bir yansıması olarak ele almış ve "Delire Emotif" adını verdiği bu durumu psikozdan çok nevroz kavramıyla açıklamaya çalışmıştır (Zayman, 2016). Klasik kullanımının dışında ilk defa içgörünün olduğu bir durumla ilişkilendirmiştir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), 19. yüzyılın sonlarına doğru Sigmund Freud tarafından ilk defa bilimsel hipotezlerle tanımlanmıştır. S. Freud'dan daha önceden tanımlanmışsa da bugün bilinen tanımından farklı olarak mental bozukluk veya psişik zayıflık olarak açıklanmıştır (Topçuoğlu, 2003). Freud ise psikanalitik bir yaklaşımla ele almış, obsesif kompulsif nevroz ve fobik nevroz diye ayırmıştır. Obsesyonların cinsel ve agresif dürtülerden kaynaklandığını ve bu dürtülerin ortaya çıkardığı anksiyete ile gerileme ve karşı tepki oluşturma savunma mekanizmaları kullanarak başa çıkabildiğini ileri sürmüştür (Şahin ve Ediboğlu, 2022). Pierre Janet ve Kurt Schneiner klinik tabloyu 3' e ayırmıştır: saplantılı-takıntılı düşünceleri (obsesyon), tepkiler- ataklar (kompulsiyon) ve fobiler. Bu üçlüyü "psikastenî" başlığı altında toplayıp bunu irade-ruhsal zayıflık olarak tanımlamışlardır. Hastalığın kalıtsallığı ve tedavinin önemine dikkat çekerek Obsesif kompulsif nevroz için ölçütler geliştirmişlerdir (Ünyeli, 2015).

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association, APA) tarafından yayımlanan Ruh Hastalıkları Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu'nun (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) tarihçesi incelendiğinde, OKB' nin sınıflandırılması evrim geçirmiştir.

DSM-I (1952)' de, OKB "Obsesif-Kompulsif Reaksiyon" olarak adlandırılmıştır. DSM-II (1968)' de ise "Obsesif-Kompulsif Nevroz" olarak adlandırılmıştır. Ancak,

DSM-III (1980)' te, OKB ilk defa kendi başına yapılandırılmış bir bozukluk olarak tanımlandı ve "Obsesif-Kompulsif Bozukluk" adını aldı. Bu, OKB' nin daha ayrıntılı ve özgül bir şekilde tanımlandığı ve sınıflandırıldığı ilk versiyonudur. Bu değişiklikler, OKB' nin daha iyi anlaşılması ve tanımlanması için yapılan araştırmalar ve klinik gözlemlere dayanmaktadır. OKB, DSM-IV' te (2000) "Anksiyete Bozuklukları" içerisinde yer alırken; DSM-V'te (2013) "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" tanı kümesi olarak ayrı bir başlık altında incelenmektedir (Şahin ve Ediboğlu, 2022). Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılma (International Classification of Diseases ICD-10) tanı sistemi OKB' yi "Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar" olarak ele almıştır (World Health Organisation, 1992). ICD-10 tanı sisteminin DSM-V tanı kriterlerinden ayıran şey kompulsiyonları sadece davranışsal tepkiler olarak alması ve bir süre sınırlaması (hemen hemen her gün, iki hafta süreyle) getirmesidir. Bu yüzden tanımlamada DSM-V tanı kriterlerinin kullanımı daha yaygındır.

2.1.3. Epidemiyoloji

Eskiden OKB' nin nadir görülen bir rahatsızlık olduğu düşünülürdü ve yapılan epidemiyolojik çalışmalarda bu hastalığın yaygınlığı % 0,5 olarak bulunmuştur. Ancak bugün bunun aksinin ispatlandığı birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan son araştırmalara göre en sık rastlanılan ruhsal bozukluklarda dördüncü sırada OKB yer almaktadır (Kafes, 2021). OKB, yaşam boyu yaygınlığı ülkeden ülkeye değişmekle beraber bu sıklık 2004 yılında yapılan araştırmada %3,5 (erkeklerde %1,7, kadınlarda %5,4) olarak bulunmuştur (Angst vd., 2004). ABD' de yapılan Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışmasına göre OKB' nin yaşam boyu görülme sıklığı %3,29' tur (Topçu ve Karaaziz, 2023). Başka bir çalışmada bütün dünyada yaygınlık oranı %2,5 iken; Türkiye'de ise yaygınlığın %3,7 olarak gözlemlendiği, bir yıllık görülme oranının ise %1,7 ile %2,1 arasında olduğu belirtilmektedir (Ünyeli, 2015).

Daha önceleri OKB' nin çocuk ve ergenlerde sık rastlanılmadığına inanılırdı ancak yapılan son çalışmalarla bunun böyle olmadığını biliyoruz. Epidemiyolojik çalışmalarda kişinin sosyodemografik özellikleri ile OKB' si arasındaki ilişki incelendiğinde bunun çok az olduğu ve OKB ' nin erken başlangıç yaşıyla tutarlı

olarak yaşam boyu en güçlü belirleyicisinin yaş olduğu saptanmıştır (Stein vd., 2019). Yetişkin hastaların üçte birinden fazlası ilk belirtilerin on beş yaşından önce ortaya çıktığını bildirmiştir. 5 yaşında başlayan vakalar da bildirilmiştir ancak genele bakıldığında çocukluk çağı OKB' nin başlangıç yaş ortalaması 7-12 yaş arasındadır. Çocukluk çağında erkeklerde kızlara oranla 1,5 kat daha fazla görülürken, ergenlik döneminde bu sıklığın yaklaşık olarak eşitlendiği ergenlik sonrasında ise kızlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Epidemiyolojik çalışmalar erkek çocuklarında görülen OKB' nin, puberte öncesinde başlama ve tik bozukluklarıyla birlikte görülme eğilimini ve tedavi edilmezse çocukluk çağında başlayan OKB' nin kronik bir seyir izleyeceğini göstermektedir (Öner ve Aysev, 2001). OKB tanısı alan hastaların yaşları ve hastalık geçmişi incelendiğinde bulunan bazı sonuçlar şu şekildedir: Erişkin yaştaki hastaların 1/3-1/2'sinin semptomlarının çocukluk ya da ergenlik çağlarında görülürken; bu hastalığın 35 yaşından sonra başlama oranı %15, 40 yaş üstünde ise %10' dan az olarak bulunmuştur (Emekdaş, 2022). Diğer sosyodemografik özellikler; ırk, din, sosyoekonomik durum, meslek, kültür, medeni durum, fiziksel sağlık durumu, eğitim düzeyi gibi bileşenler incelendiğinde OKB ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (akt. Vardar, 2000). Ancak stresli yaşam olayları belirtilerin artmasına neden olabilmektedir. OKB, kişinin sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkiler ve hastaların aile ve evlilik yaşamında uyumsuzluklar, doyumsuzluklar, ayrılık ve boşanmalar sık rastlanılan tablolardandır (Koran, 2000).

OKB' nin farklı ülkelerdeki etnik ve kültürel gruplar arasında yaygınlığı farklı olsa da şekil ve içerik olarak benzer semptom profillerine sahip olduğu gözlemlenmiştir. Her ne kadar sosyal ve kültürel faktörler obsesif-kompulsif belirtilerin biçiminden ziyade içeriğini etkilese de (örneğin, kontaminasyonla ilgili endişeler farklı bölgelerde frengi, HIV veya mikrop olabilir) yine de dünya genelinde OKB semptomları arasında önemli bir benzerlik vardır (Lewis-Fernández vd., 2010). Kadınlarda temizlik ve kirlenme obsesyonu; erkeklerde ise cinsel ve dini içerikli obsesyonlar ile kontrol etme obsesyonu sık görülür (Karaca vd., 2020).

Sonuç olarak epidemiyolojik araştırmaların sonuçları arasındaki farklılıkların birçok sebebi vardır. Bunlar; hastaların yakınmalarını gizlemesi, belirti ve bulguların kişilik özelliği ya da yaradılışı olduğuna inanması, psikiyatri dışı bir bölüme gitmesi (temizleme kompulsiyonlarının ciltte oluşturduğu dermatit nedeniyle dermatologlara görünme) gibi. Bu nedenler göz önünde bulundurulduğunda psikiyatri kliniklerine

yapılan başvuru gerçek OKB oranlarını yansıtmamakta ve olduğundan daha az görünmektedir (Bayraktar, 1997).

2.1.4. Etiyolojisi

OKB ile ilgili birçok araştırma yapılsa da halen etiyolojisi konusunda kesin bir bilgiye ulaşılmış değildir. Bu hastalığa neyin sebep olduğunu açıklamaya çalışan birçok görüş vardır. Bunlar; biyolojik etkenler, psikanalitik kuramlar ve bilişsel-davranışçı kuramlardır.

2.1.4.1. Biyolojik Etkenler

OKB' nin oluşumunda iddia edilen birçok biyolojik etken vardır. Bunları maddeler halinde inceleyelim.

Genetik: Yapılan çalışmalarında OKB' nin genetik geçişliliğine dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Hastaların birinci dereceden akrabaları arasında OKB görülme oranı %30 iken annelerinde %9, babalarında ise bu oranın %25 olduğu saptanmıştır. Yapılan ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinin bir tanesinin bu bozukluğa yakalanma oranının çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulunmuştur (akt. Yıldırım, 2018). Bu da genetik yatkınlığın OKB' nin oluşumunda önemli bir etken olduğuna işaret etmektedir

Nörobiyolojisi: OKB, fizyopatolojisi kesin olarak bilinen bir hastalık değildir. Ancak nörogörüntüleme çalışmalarının artmasıyla birlikte OKB' ye neden olduğu düşünülen dört bölgeden ve buradaki aktivite artışından söz edilmektedir. Bunlar: orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, talamus ve kaudat çekirdeğin başı (Parmar ve Sarkar, 2016). Özellikle kortiko-striato-talamo-kortikal yolakta ve serotonerjik sistem işlev bozukluğuna dair bulunan kanıtlar bu görüşü desteklemektedir (Karaman vd., 2011).

Nörotransmitterler: Serotonerjik sistem, OKB patogenezi üzerinde en çok çalışılan nörotransmitterdir (Bayraktar, 1997). Bu sistemde oluşan disfonksiyon sonucu

obsesyonların ve kompulsiyonların ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Bu alanda çok fazla çalışma yapılmasına rağmen elde edilen sonuçlar hastalığın nedenini anlamada hala yeterli ve tutarlı ölçüde değildir. Serotonin ve dopamin ile ilgili nispeten çok veri olmasına karşın bu yolda önemli rol oynayan glutamat, norepinefrin ve Gama-aminobutirik asit (GABA) gibi diğer nörotransmitterlerin OKB 'nin patofizyolojisindeki rolü üzerine yapılan araştırmalar daha sınırlıdır.

2.1.4.2. Psikanalitik Kuramlar

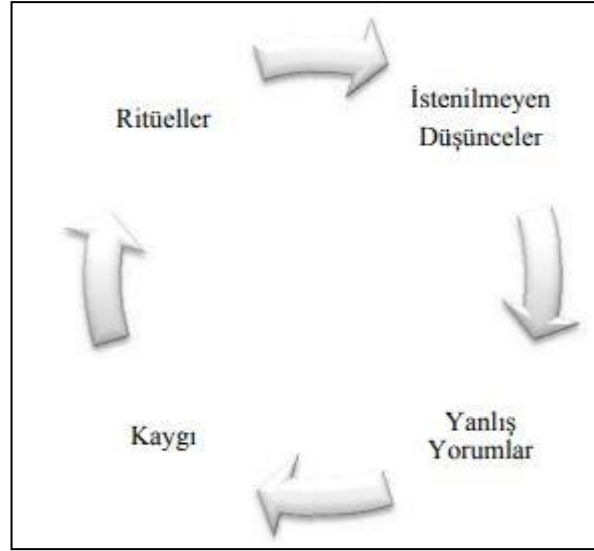
Psikoanalitik kurama göre çözümlenmemiş ödipal karmaşadan doğan anksiyete OKB' nin dinamiğinde oldukça önemlidir (Bayraktar, 1997). Regresyon (gerileme) OKB' de kullanılan en temel savunma mekanizmasıdır. Regresyon ile anal döneme gerileme olurken bunu tetikleyen şey fallik-ödipal dürtülerin kişinin ruhsallığında oluşturduğu tehdittir. Freud ve takipçileri obsesyonların oluşumunu, bilinç dışı dürtülerin baskısıyla ruhsal ve cinsel gelişimin anal sadistlik döneme gerilemesinin bir sonucu olarak açıklamışlardır (Akgün, 1989). Bastırılmış dürtülerin türevleri olan bu obsesyonlar, genellikle saldırganlık ve cinsellik özellikler içermektedir (Ünyeli, 2015). Bu tür bozukluğu sahip kişilerin anksiyete ile başa çıkmak için kullandığı diğer savunma mekanizmaları şunlardır; yap-boz (undoing), yer değiştirme (deplasman), yalıtma (izolasyon), karşıt tepki kurma (reaksiyon-formasyon) (Bayraktar, 1997).

2.1.4.3. Bilişsel – Davranışçı Kuramlar

Bilişsel kuramlar, nöropsikolojik ve bilişsel süreçlerde oluşan bozuklukların obsesyon ve kompulsiyonlara neden olduğunu savunmaktadır. Örneğin; sürekli temizlenme (ellerini yıkama) kompulsiyonları bulaş obsesyonunu (kir, mikrop) unutamamasından ya da kontrol etme (kapıyı, ütüyü, prizi) davranışı yapıp yapmadığını hatırlayamamasından kaynaklanır. Nöropsikolojik bozukluklar kişinin seçim yapmasında ve bilişsel kontrolü sağlamasında zorluklar yaşamasına neden olur. Ancak OKB' de görülen bilişsel eksiklikler nörobiyolojik olanların aksine işlevseldir (Koşe, 2010).

Davranışçı kuramlar, obsesyon ve kompulsiyonların öğrenme sonucunda oluştuğunu belirtmektedirler. Mowrer (1960)' ın “İki Aşamalı Öğrenme” kuramı OKB' nin oluşumunda ve devamında önemli bir yere sahiptir (Koşe, 2010). Belli bir sorunun çözümünde kullanılmış ve sürekli tekrarıyla da koşullandırılmış davranış örüntüleridir. Yani, obsesyonlar karşılaştığında kişide anksiyete oluşturan koşullu uyaranlarken; kompulsiyonlar ise obsesyonlara yanıt olarak geliştirilmiş ve başarılı oldukça da pekiştirilmiş eylemlerdir (Ünyeli, 2015). Örneğin; kişi korkuyu klasik koşullanma ile öğrendikten sonra edimsel koşullanmayla da pekişen kaçınma davranışlarını sürdürmeye devam etmektedir (Mowrer, 1960). Obsesyonun kişide oluşturduğu anksiyete sadece kaçma/ kaçınma/ tekrarlama gibi kompulsif davranışlarla rahatlama sağladığından, anksiyete arttıkça (düşüncenin sıklığı, yoğunluğu ve bu düşünceye olan inanç) bu davranışların sıklığı da artmaya başlar. Böylece sık kullanılmaya başlayan bu stratejiler bir kısır bir döngü halinde devam eder (Foa ve Kozak, 1997).

Bilişsel davranışçı model, obsesyon ve kompulsiyonların oluşumunu işlevsiz inançların ve sıradan zorlayıcı düşüncelerin yorumlanmasıyla açıklamaktadır. Yani, kişinin istenmeyen bir düşünceye fazla yatırım yapması kaygıya veya rahatsızlığa neden olur ve kişi bu düşüncelerden kurtulmaya veya belirli bir felaketin gerçekleşmesini önlemeye çalışır. Ancak, bu düşüncelerle savaşmaya çalışmak, paradoksal bir şekilde bu düşüncelerin daha da artmasına ve obsesyonların şiddetinin artarak devam etmesine neden olabilir. Kompulsiyonlar, kişinin hatalı düşüncelerini düzeltmesine veya gerçekliği yeniden değerlendirmesine engel olabilir ve bu da obsesyonların devamlılığını sağlayabilir (Koşe, 2010).



Şekil 2: OKB' nin bilişsel-davranışçı modelin kuramsal çerçevesi (Foa ve Kozak, 1997).

2.1.5. Klinik Belirtileri

OKB, semptom açısından heterojen ve oldukça çeşitli bir bozukluktur. OKB' nin belirtileri kişiden kişiye önemli ölçüde değişebilir ve bir kişide farklı zamanlarda farklı obsesyonlar ve kompulsiyonlar görülebilir. Ayrıca, bir kişide birden fazla obsesyon veya kompulsiyon türünün aynı anda bulunması da mümkündür (Atile, 2015). Epidemiyolojik verilere göre hastaların yaklaşık %40' ında sadece obsesyon ,%30' unda sadece kompulsiyon görülürken %30' da ise hem obsesyon hem de kompulsiyon birlikte görülmektedir. Klinik yatışı olan hastalarda hem obsesyon hem de kompulsiyon görülme oranı %75' ten fazladır. Bu durum son gruptaki hastaların yardım arayışının diğer gruplara göre daha fazla olduğu şeklinde yorumlanabilir (Ünyeli, 2015).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada OKB' de görülen klinik belirti tablosunun sonuçları şu şekildedir; hastaların %76'sında bulaşma, %68'inde simetri, %44'ünde saldırganlık, %26'sında dini, %17' sinde bedensel, %16'sında cinsel ve %34' ünde ise diğer obsesif-kompulsif belirtilerin olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda hastaların %21'inde bir, %29'unda iki, %50'sinde üç ve daha fazla klinik belirti bulunmuştur.

Bu da birçok OKB hastasının aynı anda birden fazla belirti boyutuna sahip olduğunu göstermektedir (Tükel ve Demet, 2021).

Bulaşma (kontaminasyon) obsesyonları, klinik tabloda en sık karşılaşılan belirti çeşididir. Bu obsesyonlar (gözle görülemeyen mikrop, pislik, kir, toz, idrar vb.), kişiye zarar vereceği veya enfekte olacağı düşüncesinin yarattığı kaygıyla kendini göstermektedir (Yılmaz B. , 2018). Korkulan nesne genelde kaçınılması zor olduğu gibi bu nesneye karşı duygusal tepki olarak duyulan anksiyeteye yoğun bir şekilde utanç, iğrenme ve tikslenme de eşlik eder (Karaman, Durukan, ve Erdem, 2011). Kişi bulaştırıcı olduğunu düşündüğü nesneden '*onarıcı ritüel*' olarak adlandırılan kompulsif tarzda kaçınma veya törensel yıkama, yıkanma, temizleme gibi davranışları gösterebilir (Atile, 2015). Kişi bazen "mental kontaminasyon" diye bilinen fiziksel bir temas olmadan da, anı, düşünce vb. şeylerden dolayı içsel bir kirlilik ve suçluluk duygusuyla temizlik davranışları sergileyebilir (Tükel ve Demet, 2021).

Saldırganlık Obsesyonları, genellikle kişinin kendine veya başkalarına zarar vereceğini düşünme korkusuyla ilişkilidir. Bu obsesyonlar; kişinin ağızından küfür ya da müstehcen sözlerin kaçabileceğini düşünme, korkunç bir olaya sebep olabileceğini düşünme ya da saldırgan bir eylemde bulunabileceği düşünme şeklindedir (Tükel ve Demet, 2021). Bu durum kişide sürekli yaptıklarından emin olamama, kuşku duymasına neden olur. Sürekli bir şey unuttuklarını düşündükleri için huzursuz olup suçluluk duyarlar (Yılmaz B. , 2018). Bu ihtimalleri engellemek için sürekli yapılan kontrol davranışları, kendi ve çevresini kısıtlayacak davranışlar ve gerçekleşmemiş eylemler için özür dileme kompulsiyonları gösterebilirler (Tükel ve Demet, 2021).

Dini ve cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar, OKB belirtilerini alt gruplara ayıran faktör analizleri çalışmalarında bir arada sınıflandırılmaktadır (akt. Emekdaş, 2022). Cinsel obsesyonlar; eş cinsel veya çocukları içeren cinsel düşünceler veya imajlar, aile üyeleri, yakın arkadaş veya yabancı biri ile ilgili

istenmeyen cinsel düşlemler şeklinde olabilir (Yılmaz B. , 2018). Dini obsesyonlar ise OKB' nin bilinen en eski belirti grubundandır (Berrios, 1996). Dini obsesyonlar, genelde dindar kişilerde günah sayılan düşüncelerin ve imajların zihni işgal etmesiyle ortaya çıkar. Bu obsesyonlar, kişinin dinî inançları ve değerleriyle çelişen içerikler barındırır ve bu düşüncelerin zihne gelmesi kişide kaygı uyandırır. Bu obsesyonların içeriği; tanrıya küfretme, varlığına inanmama, dinsizlikle ilgili düşüncelere sahip olmaktan kaygılanma, dinden çıkma korkusu, dini kişi veya yerlere saygısızlık ya da küfür etmeden dolayı cezalandırılacağını düşünmek şeklindedir (Yılmaz M. A., 2016). Kişi bu cinsel ve dini obsesyonlarla başa çıkmak için kaçınma veya bastırma gibi düşünsel kompulsiyonlarla başvurabilir (Tamam ve Demirkol, 2019).

Simetri, sıralama, sayma, düzenleme obsesyonları, kişinin yaptığı her şeyi mükemmel, düzgün, kesin, sırasıyla, simetriye uygun ve bir düzen içinde olması, aynı zamanda okuma, yazma, hatasız konuşma yapma isteği şeklinde görülebilir (Şahin ve Ediboğlu, 2022). Bu obsesyonlara eşlik eden kompulsiyonlar; tekrar tekrar sayma, okuma ve yazma, kontrol etme, sıralama, ovma, yapma-bozma, düzenleme, çizgilere basmadan yürüme, belli bir sayıda ve sırada giyip çıkarma vb. olabilir (Tükel ve Demet, 2021). Bu obsesyonların görüldüğü olgularda tedavi yanıtının kötü olmasının nedeni hastaların iç görüsünün ve tedavi isteğinin az olmasıdır (akt. Emekdaş, 2022).

Bedensel (Somatik) Obsesyonlar, tedavi edilmesi zor kanser, AIDS, kalp hastalıkları gibi hastalıklara yakalanma ihtimalinin kişide bedensel kaygıların oluşturduğu belirti türüdür. Bu gruptaki hastalarda çoğu zaman hastalığın bulaşacağı değil zaten bulaşmış olma düşüncesi kaygıyı oluşturur (Yılmaz B. , 2018). Bu obsesyonlara karşı geliştirilen kompulsiyonlar; hastalığın neden olduğu beden bölümünün kontrolü ve onaylanma arayışı şeklindedir. Bu hastalar da beden dismorfik bozukluk ve hastalık anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi sık sık doktora gidip benzer davranışlar gösterebilirler. Aralarındaki fark OKB hastaları bu düşünce ve davranışların saçma olduğunun bilincinde olup tedavi arayışındadırlar (Tükel ve Demet, 2021).

İstifleme (Biriktirme), Saklama Obsesyonları, gelecekte ihtiyaç olur düşüncesiyle gereksiz eşyaları (eski dergi, gazete, mektuplar, plastik yoğurt kapları vb.) toplama, biriktirme ve sahip olunan hiçbir şeyi atamama durumudur. Hastalar ilerde önemli olacak nesnelere çöpe atmaktan duyduğu kaygıyı istifleyerek gidermektedir. Koleksiyon amaçlı biriktirilen eşyalar (para, pul, antika vb) bunun dışındadır (Tükel ve Demet, 2021).

Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar, belli şeyleri bilme ve hatırlama gereksinimi, bazı sayı ve renklere özel anlamlar yükleme, batıl inançlara bağlı duyulan korkular, zorlayıcı bir şekilde gelen anlamsız sesler vb. bu gruba örnek verilebilir (Şahin ve Ediboğlu, 2022).

OKB hastalarının bazılarında kompulsiyon bulgusuna rastlanmayıp sadece obsesyon bulunabilir. Bu hastalarda görülen semptom obsesyonel yavaşlıktır. Obsesyonun yarattığı kaygıyla baş edebilmek için çok fazla zaman harcarlar. Her gün yıkanmak, giyinmek, tıraş olmak, ödev yapmak, yiyip içmek gibi günlük rutinler için saatler harcayabilirler. Bu da yaşamlarının son derece yavaşlamasına neden olur (Karaman vd., 2011).

2.1.6. Tanı ve Ayırıcı Tanı

DSM-IV' te yetişkin ve çocuk için tanımlanan OKB tanı kriterleri B ölçütü dışında aynıdır. Çünkü çocuklara obsesyonlar ve kompulsiyonlar aşırı ve anlamsız gelmeyebilir ya da bunun farkında olmayabilirler (Öner ve Aysev, 2001). Ancak B kriterinde bulunan “aşırı” ya da “mantıksız” ifadelerinin tanımı güç olduğundan DSM- V' te kaldırılmıştır.

Tablo 1. DSM-V' e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

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

- 1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.
- 2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

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

- 1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)
- 2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Başka bir eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirilmesine düşünme).

Varsa belirtiniz:

İç görüsü iyi: Kişi inanışlarının gerçek olmadığını farkındadır.

İç görüsü kötü: Kişi inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

Ayırıcı Tanı:

Obsesyonlar birçok psikiyatrik bozuklukta görülürken; kompulsiyonlara daha az görülür. Bu yüzden kişiye OKB tanısı koyarken, tedavi sürecini başlatırken diğer bozukluklar ile ayırıcı tanısına dikkat etmek gerekir. Bu bozukluklar şunlardır: Şizofreni, Majör Depresyon, Tourette Sendromu, Fobiler, Panik bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) ve Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğudur (Bayraktar, 1997). Bunların OKB' den farkını teker teker inceleyelim.

Ergenlikte başlayan şizofrenide OKB' ye benzer bir tablo görülebilir ya da şizofrenik bozukluğu olan hastalarda obsesyon ve kompulsiyonlar görülebilir. Ancak şizofrenide görülen obsesyon ve kompulsiyonlar OKB' den farklı olarak garip ve stereotiptir ve bunları önlemek için bir çaba harcamaz. (Karaman vd., 2011). OKB, şizofreniden ve obsesif kompulsif belirti gösteren psikotik hastalardan ayıran en belirgin özellik sanrı ve varsanılarının olmamasıdır. Bu hastalarda duygulanım künt ve anksiyete daha azdır (Bayraktar, 1997).

Depresyonda görülen klinik tabloya obsesif ve kompulsif belirtiler eşlik edebilir. Majör depresif bozuklukta görülen obsesif ruminasyonlar (intihar ve ölüm düşünceleri) OKB' nin ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Çünkü hastalık tedavi edilip depresyon ortadan kalktığında obsesif düşünceler de kaybolmaktadır. Dikkat edilmesi gereken bir husus OKB hastalarının %50' sinde bozukluğun gidişatında majör depresyon eşlik edebilir. Böyle bir durum da hastalığın prognozunu etkilediği gibi hem depresyon hem de OKB tanısı konmalıdır (Bayraktar, 1997).

OKB' li hastaların yaklaşık yarısında obsesif kompulsif kişilik özellikleri bulgularına rastlanılmıştır. Obsesif kişilik bozukluklarında mükemmeliyetçilik, tertiplilik, detaycılık, titizlik, tutumluluk gibi özellikler görülürken; OKB' de belirleyici olan obsesyon ve kompulsiyonlar görülmez. OKB hastalarında bu kişilik özelliklerinin bulunması hastalığın gidişatını olumsuz etkilemektedir.

Panik Bozuklukta kişi hastalanabileceği konuyla ilgili aşırı düşünsel bir uğraş içine girmektedir. Bu da sağlık durumunu kompulsif bir biçimde kontrol etme davranışı olarak göstermektedir. Panik bozuklukta hastanın korkusu, panik ataklarla sınırlanan ve hissedilen bedensel değişim ile ilgili duygu iken; OKB' de ise korku bedende olmayıp kirlenme ve hastalanma gibi bilişsel düzeydedir (Ankara Üniversitesi Açık Ders Notları, 2007). YAB' da hissedilen kaygılar genellikle

gerçekçi yaşam durumlarına dayanırken, OKB' de hissedilen kaygılar daha abartılı veya gerçek dışı olabilir.

Tourette Sendromu çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ortaya çıkan nörolojik bir bozukluktur. Kontrolsüz bir biçimde tekrarlayan motor (hareket) ve vokal (ses) tiklerle karakterizedir. Klinik tabloda obsesif kompulsif belirtiler sıkça görülebilir. Ayrıca diğer tik bozuklukları ve dürtü kontrol bozukluklarında da OKB' nin bazı özellikleri görülebilir. Ancak bütün bu bozukluklarda OKB benzeri belirtilerinden duyulan rahatsızlığın aksine haz alma duygusu yer alır (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozukluğu, 2021).

Fobik Bozuklukları OKB' den ayıran şey obsesyon ile kompulsiyonlar arasındaki bağın farklı oluşudur. Fobide görülen obsesyon bir nesne veya durumdan takıntılı biçimde korkma iken; kompulsiyon ise korkulan nesne veya durumdan kaçınma davranışdır (Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozukluğu, 2021).

2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Seyri ve Tedavi Yöntemleri

OKB, bireylerin yaşamlarını etkileyerek işlevsellik kaybına neden olan, sosyal ilişkilerini zorlaştıran ve yaşam kalitelerini düşüren bir hastalıktır. OKB, tedaviye yanıt verse de dalgalı seyir izleyen, kronik, progresif gidişli bir bozukluktur (Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2006). Yapılan araştırmalar OKB' nin komorbidite oranının yüksek olduğunu ve bu oranın %70' e kadar çıkabileceğini göstermektedir. Bu da hastalığın gidişatını ve tedaviye yanıtı etkilemektedir (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, ve Cheslow, 1989). Bu durum hastalığın tedavisinde farklı yöntemlerin kullanılmasına zemin hazırlamıştır. Genellikle tedavi yöntemi olarak farmakoterapi, psikoterapi veya bunların kombinasyonu kullanılırken; beyin görüntüleme çalışmalarının artması ile bu tedavilere ek başka yöntemler de kullanılmaya başlamıştır.

2.2.1. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavi, ilaçların tek başına ya da diğer yöntemlerle beraber kullanılmasını içeren bir yöntemdir. OKB tedavisinde seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) yan etkilerinin düşük olması sebebiyle ilk tercih edilen ilaçlardandır (Taştan, 2015). Yapılan çalışmalar OKB tedavisinde SSRI ve klomipramin kullanımının etkili olduğunu göstermiştir. U.S. Food and Drug Administration (FDA)'nın onayladığı en sık kullanılan SSRI'lar; Fluoksetin, sertralin, fluvoksamin, paroksetindir. Klomipramin, çok etkili bir ilaç olmakla beraber daha çok dirençli hastalarda kullanılması tavsiye edilir. Bunda ilacın yan etkilerinin fazla olması ve elektokardiyografi (EKG) ile takibi gerektirmesi etkilidir (Karaman vd., 2011). Maksimum dozda en az 10-12 hafta kullanılan SSRI' dan fayda görülmemişse başka bir SSRI'ya geçilmesi, yanıt alınmadığı takdirde de güçlendirme tedavilerinin kullanılması önerilmektedir (Alaghband-Rad ve Hakimshoostary, 2009). Güçlendirme tedavisinde; antipsikotik ilaçlar (risperidon, buspiron, haloperidol vb.) ya da ikinci bir SSRI kullanılır. Bunlar içerisinde en çok araştırılan, etkili ve güvenli bulunan antipsikotik ilaç risperidondur (Horcajadas, Soto, García-Cantalapiedra, Calvin, Morales, ve Salgado, 2006).

2.2.2. Psikoterapi Yaklaşımları

OKB hastalarının tedavisine destek sağlayan yöntemlerden biri de psikoterapi yöntemidir. OKB tedavisinde birçok psikoterapi yöntemi kullanılır. Bunlar: Psikanalitik Yönelimli Psikodinamik Terapiler, Bilişsel Terapi, Davranışçı Terapi, Bilişsel- Davranışçı Terapi (BDT), Pozitif Psikoterapi, Kabul Ve Kararlılık Terapisi (ACT), Hümanistik Terapi vb. Bu yöntemlerin ortak amacı OKB semptomlarını hafifletmek, yaşam kalitesini artırmak ve işlevsel iyileşmeyi sağlamaya katkıda bulunmaktır. Bu yöntemler arasında en çok kullanılan, araştırılan ve ilk önerilen terapi yöntemi Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT)' dir. Şiddetli OKB ya da OKB' ye eşlik eden depresyon tedavisinde SSRI' la beraber BDT'nin uygulandığı bilinmektedir (Kyrios, Moulding, ve Bhar, 2014). BDT' nin özellikle hafif-orta şiddetindeki vakalarda en az ilaçlar kadar etkili sonuçlar verdiği de kanıtlanmıştır

(Borckardt, Nash, Murphy, Moore, Shaw, ve O'neil, 2008). BDT' de davranışçı terapi yöntemlerinin kullanılması tedavinin etkililiğini artıran unsurlardan biridir. Terapinin iki temel bileşeninden maruz bırakma (exposure) obsesyonlarla ilişkili görülen anksiyeteyi azaltmaya yönelik nesne ve olaylarla yüzleşmesinde, tepki önleme (response prevention) ise yüzleştirme sırasında ya da sonrasında obsesyoneel düşünce veya ritüellerin sıklığının azalmasında kullanılmaktadır (Kara, 2015). Bu iki yöntem - maruz bırakma ve tepki önleme (Exposure and Response Prevention ERP)- OKB hastalarına sırayla ve birlikte uygulandığında tek tek uygulanmasından daha etkili olduğu olumlu anlamda gözlemlenmiştir (Topçu ve Karaaziz, 2023). Her iki tekniğin amacı, "belirti" olarak karşımıza çıkan eski uyumsuz tepkilerin söndürülmesi ve bunların yerine yeni ve daha sağlıklı olan davranışların kazanılmasına hizmet etmektir. Hastalar, uygulamalar sırasında bunaltı oluşturan ya da kaçınma davranışına yol açan uyaran veya durumlarla aşamalı olarak karşı karşıya getirilir ancak kompulsiyonlara izin verilmez. Anksiyete oluşturan durumla karşı karşıya kalan hastada anksiyetenin şiddeti giderek artmaya varacağı son noktaya ulaştıktan sonra yavaşça azalmaya başlayacaktır (Bayraktar, 1997). Terapist eşliğinde yapılan bu uygulamalar sürekliliğin sağlanması için ev ödevleri olarak da verilmektedir. Ancak terapist eşliğinde uygulanmasının daha yararlı olduğu düşünülmektedir (Blanco, Olfson, Stein, Simpson, Gameroff, ve Narrow, 2006). OKB'de tedavisinde kullanılan davranışçı terapinin özellikle maruz bırakma-tepki önleme gibi yöntemlerinden olumlu sonuçlar elde edilmiştir. BDT' nin OKB tedavisinde en sık kullandığı psikoterapötik müdahale yöntemi ERP' dir. Fisher ve Wells (2005)' in yaptığı çalışma OKB tedavisinde ERP yönteminin etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar tedavisini tamamlayan hastaların %60' ında semptomların azaldığı tespit edilmiştir. Bu yaklaşımlar, kişinin obsesyonlara ve kompulsiyonlara tepki verme alışkanlıklarını değiştirme ve bu semptomlarla başa çıkma becerilerini geliştirme konusunda etkilidir ancak bazı sınırlılıkları vardır. Örneğin; bazı hastalar için maruz bırakma terapisi son derece zorlayıcı olabilir ve bu tekniklere direnç gösterebilir. Ayrıca, sadece davranışsal düzeyde değişiklikler yapmak, obsesyonların temelinde yatan düşünce kalıplarını göz ardı etmeye de sebep olabilir. Bu nedenle davranışçı terapinin bilişsel terapi ile beraber kullanılmasının daha uygun olduğu belirtilmiştir (Şenormancı, Konkan, Güçlü, ve Sungur, 2012). OKB tedavisinde BDT' de hem bilişsel hem de davranışçı yöntemler kullanıldığından tedavinin sürdürüm döneminde de etkilidir. Hastaları ve

ailelerini bu bozuklukla ilgili bilgilendirme ve farkındalık oluşturma, bilişsel yeniden yapılandırma, beceri kazandırma, terapist eşliğinde uyarana maruz bırakma ve alıştırma, tepki önleme, ev ödevleri verme bu uygulanmalardandır (Derin ve Yorulmaz, 2020). Yapılan kontrollü çalışmalar da OKB semptomlarını azaltmada farmakoterapi ile birlikte bu yöntemlerin kullanılmasının tedaviye yanıt oranını arttırdığını göstermiştir (Kılıç, 2013).

Psikanalitik yönelimli psikoterapinin uzun olması ve OKB hastalarının değişmeye ve değişikliğe karşı dirençli kişilik yapısı tedaviyi zorlaştırmakla beraber tedaviye düşük yanıt vermelerine neden olmaktadır (Öztürk, 2021). Diğer psikoterapi yöntemleri de OKB tedavisinde kullanılmakta olup etkililiği halen araştırma konusudur.

2.2.3. Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi

Transkraniyal Manyetik Uyarım (TMU), Barker ve arkadaşlarının 1985 yılında bilim dünyasına kazandırdığı, saçlı deriye tutturulan ve bir bobin aracılığıyla oluşturulan manyetik alanın invaziv olmayan bir yöntemle nöronları uyarma işlemidir (Pell, Roth, ve Zangen, 2011). Oluşturulan manyetik dalgalar beyin dokusuna ve kafa derisine herhangi bir zarar vermeden ve elektriksel direnç oluşturmadan ağrısız ve güvenli bir şekilde beyin korteksine geçmektedir (Wagner, Valero-Cabre, ve Pascual-Leone, 2007). Pascual Leone ve arkadaşları (1987) bu cihazın geliştirilmesinde katkıda bulunmuşlardır. Manyetik uyarımın tekrarlanabilirliğini sağlamak ve uygulama sonrası oluşabilecek ısınma sorunları önlemek gibi çalışmalara öncülük etmişlerdir (Tuncel, 2021). “Tekrarlı TMU” yan etkilerinin az olduğu bu uyarılma işleminin değişken aralıklara bölünüp uygulanmasına denir (Barker, Jalinous, ve Freeston, 1985). TMU, FDA tarafından uzun inceleme ve çalışmalardan sonra onaylanmış ve sınırlı sayıda kurumda uygulanmasına izin verilmiştir. APA tarafından 8 Ekim 2008’de TMU ile ilgili uygulama çağırısı yapılmıştır (Yöney, 2001). TMU, ilaçsız ve cerrahi müdahale gerektirmeyen, hastanın uyanık ve bilinçli olduğu sırada uygulanan bir yöntemdir. Girişimsel olmayan bir tedavi olanağı sunan TMU, FDA onayından sonra nörolojik ve psikiyatrik birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Psikiyatrik hastalıklardan

depresyon, obsesif- kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, bağımlılık, panik bozukluk ve şizofreni; nörolojik hastalıklardan ALS (amniyotrofik lateral skleroz), inme, epilepsi, MS (multiple skleroz), hareket bozuklukları vb tedavisinde kullanılmaktadır. (Metin ve Metin, 2017). TMU' nun olası yan etkileri hastalar tarafından uygulama sonrası geçici baş ağrısı ve nadir de olsa lokal rahatsızlıklar olarak bildirilmiştir. TMU' nun OKB tedavisindeki potansiyel avantajları arasında hızlı sonuç vermesi, yan etkilerinin düşük olması kolay uygulanabilir olması bulunmaktadır. Ancak, TMU' nun sınırlılıkları ve uzun dönem etkililiği hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

2.2.3.1 Derin Transkraniyal Manyetik Uyarım (dTMU) Tedavisi

Derin Transkraniyal Manyetik Uyarım (dTMU), 2001 yılında Abraham Zangen ve Yiftach Roth tarafından geliştirilen ve 2003 yılında FDA' nın onayladığı bir tedavi yöntemidir. Derin TMU, TMU gibi kafaya yerleştirilen bir başlıkla beyindeki hedef bölgenin manyetik atımlarla fiziksel olarak uyarılması işlemidir. Ancak bu yöntemin TMU' dan bazı farklılıkları vardır. Bunlar: dTMU tedavi sırasında bobinin hareket etme ihtimali azaltmak ve güvenilir hedefleme yapmak için başlık kafaya sabitlenir. Böylece manyetik uyarım beyinde derin ve geniş bölgeye etki ederek yaygın bir nöron aktivasyonu oluşturur. Uygulanan bu derin uyarım sonrasında hastanın bilişsel ve duygusal süreçlerinde düzelmeye, kontrol, dikkat, planlama ve kısa süreli bellek fonksiyonlarının geliştiği gözlemlenmiştir (Arıkan K., t.y.). Nörobiyolojik yaklaşım OKB' nin beynin bazı bölgeleriyle ilişkisi üzerinde durur. Bunlar; kortiko-striato-thalamo-kortikal yolaklar, motor alan, orbifrontal korteks ve prefrontal kortekstir. Yapılan çalışmalar hastalara uygulanan dTMU tedavisinin beynin bu bölgelere uygulanması ve sonrasında gözlenen değişiklikler nörobiyolojik modeli destekler niteliktedir. Carmi ve arkadaşlarının yaptığı çalışma, alanda hem ilk oluşu hem de OKB tedavisinde dTMU' nun güvenilir ve etkili olduğunu göstermede önemli bir araştırmadır. Araştırma H7 bobini ile medial prefrontal korteks (mPFC) ve anterior singulat korteksi (ACC) hedef alan yüksek frekanslı (20 Hz) dTMU' nun tedaviye dirençli hastalarda kısa zamanda kalıcı ve etkili bir iyileşme göstermesi açısından da önemli bir bulgudur (Carmi vd., 2019).

OKB tedavisinde kullanılan FDA onaylı dTMU H7 başlığı tedavi protokolünde işlem sırasında -hastanın doktoru tarafından uygun görülen- hastalar ERP yöntemi ile provoke edilebilmektedir. Bunun için dTMU tedavisi uygulanmadan önce provokasyon yapılacak kişinin terapisti ile obsesyon ve kompülsiyon şikayetlerini belirttiği bir görüşme yapılmaktadır. Bu şikâyetlerin belirlenmesinde hastanın Yale-Brown Ölçeğine verdiği yanıtlardan da yararlanır. Semptomlar belirlendikten sonra en az sıkıntı verenden en çok sıkıntı verene doğru 1 ile 10 arasında puan verilmesi istenerek hiyerarşik bir sıralama yapılır. ERP' nin üç bileşeni vardır. Bunlar; in vivo (gerçekte maruz kalma), in vitro (hayali maruz kalma) ve tepki önlemedir. Semptomlar provoke edilirken orta düzeyde sıkıntı yaratan durumdan başlanarak daha fazla sıkıntı veren duruma doğru bir sıra takip edilir. İn vivo maruz bırakma yapılırken semptoma uygun bir nesne, sözcük veya görüntü kullanılırken; in vitro maruz bırakmada ise hastaya rahatsızlık veren düşünceyi veya durumları hayal etmesi istenir (Ruso, 2022). Tepki önlemede ise kişiden obsesyonun yarattığı kaygıdan kurtulmak için yaptığı ritüellerden kaçınması istenir. Böylece ritüelin önlenmesi çalışması sonucunda hasta giderek kaygısının azaldığını ve korkulan şeylerin gerçekleşmediğini öğrenmektedir (Brown, Lester, Jassi, Heyman, ve Krebs, 2015). Derin TMU sırasında yapılan provokasyonun amacı kişinin obsesyonlarını tetikleyerek kaygıyı maksimum düzeyde tutmak ve beyinde aktivite artışı olan hedef bölgeye atım yapmaktır. Yapılan bir çalışmada OKB hastalarında etkili olduğu düşünülen beynin ACC ve mPFC bölgelerine uygulanan dTMU etkileri incelendiğinde işlem sırasında belirlenen semptomlara maruz kalan hastaların tedavi yanıtının maruz kalmayanlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (Carmi, Alyagon, Barnea-Ygael, Zohar, Dar, ve Zangen, 2018).

2.2.4. Diğer yöntemler

Elektrokonvülf tedavi (EKT), SSRI ve davranışçı tedavi tekniklerinden fayda görmeyen hastalarda uygulanabilmektedir. EKT, daha çok major depresyon tanısı alan, özkıyım düşünceleri olan ve işlevselliği bozulmuş hastaların tedavisinde kullanılmaktadır. Bu hastaların EKT' ye yanıt oranı %90 iken; OKB' li hastalarda bu oran %50-60 arasında değişkenlik göstermektedir (Bayraktar, 1997). Uygulanan tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen dirençli OKB hastaları için nadir de olsa cerrahi

yöntem de kullanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2023). Bunların dışında halen araştırılan ve pilot çalışması yürütülen başka yöntemler de vardır. Bunlar: Vagus Sinir Uyarım tedavisi, Gama Knife Uygulama Tekniği, Derin Beyin Stimülasyonu (DBS) ve Tamamlayıcı alternatif tedaviler (meditasyon, yoga, masaj, sanat, müzik, akupunktur, aromaterapi, ve dua gibi) (Kara, Tabakoğlu, Akar, ve Bilgiç, 2015).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Üsküdar Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 26.10.2023 tarihinde yapılan 08 No' lu toplantıda değerlendirilmiş, çalışmanın etik ve bilimsel bir sakıncası olmadığına karar verilmiştir. Çalışma, E-99102440-2023-24 tez numarası ile onaylanmıştır.

3.1. Katılımcılar

Bu çalışma 2018-2023 tarihleri arasında NP İstanbul Beyin Hastanesi'ne başvurmuş olan Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı almış derin Transkraniyal Manyetik Uyarım (dTMU) tedavisi önerilen ve bu protokolü tamamlayan 106 kişilik popülasyondan tedavi öncesi ve sonrası Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeğinin (Y-BOCS) uygulandığı 51 kişi dâhil edilmiştir. Toplam örneklemin %64,7' si erkek (n=33), %35,3' ü (n=18) kadındır. Katılımcıların hepsi 18 yaş üstü olup genel yaş ortalaması $31,53 \pm 11,04$ ' tür. Katılımcıların hepsi DSM-V tanı kriterlerine göre OKB tanısı alan ve bir psikiyatrist tarafından takipli katılımcılardır. Katılımcıların hepsi farmakoterapi ve psikoterapi ile desteklenen orta ve ağır OKB semptomları gösteren hastalardır. Katılımcıların %7,8' i SSRI ve antidepresandan¹ oluşan ikili grup ilaç kullanırken; %92,2' sine de antidepresanlar ve antipsikotiklerden oluşan güçlendirme tedavisi uygulanmıştır. Çalışmadan dTMU protokolünü tanımlamayan veya ön test son test Y-BOCS sonuçları eksik olan hastalar dışlanmıştır. Araştırma retrospektif bir çalışma olup bu araştırmanın desenini Üsküdar Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu onaylamıştır. Çalışmada kullanılan veriler NP İstanbul Beyin Hastanesi Etik Kurulundan gerekli izinler alınarak ve ar-ge çalışması yapılarak elde edilmiştir. Veriler Excel ortamında düzenlendikten sonra istatistiksel analiz için SPSS programına aktarılmıştır.

¹ SSRI ilaç grubu dışındaki Antidepresanlar

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, yaşanılan yer, kiminle yaşadığı, askerlik durumu, tedavi biçimi ve uygulanan tedavi yöntemleri gibi bilgilerini almak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

3.2.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, obsesif-kompulsif belirtilerin türünü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen ve değerlendirmesini görüşmecinin yaptığı bir ölçektir (Goodman vd., 1989). Karamustafaloğlu ve arkadaşları tarafından (1993) ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve Cronbach alfa değeri 0,81 olarak hesaplanmıştır (akt. Yılmaz H. , 2020). Bu ölçek, OKB semptomlarının şiddetini değerlendirmek, klinik seyirlerini izlemek ve tedavi yanıtını değerlendirmek için kullanılmaktadır. 1989 yılından beri birçok araştırmada ve klinik uygulamada yaygın olarak kullanılmaktadır. Y-BOCS' un diğer ölçeklere göre daha duyarlı olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (NPIstanbul, t.y.). Ölçek toplamda 19 maddeden oluşup ilk 10 maddenin puanları (madde 1b ile 6b dışında) değerlendirilmeye alınmaktadır. Bunlardan 1-5. maddelerin toplamı obsesyon, 6-10. maddelerin toplamı kompulsiyon şiddetini, bunların toplamı ise obsesyon-kompulsiyon puanlarını vermektedir. Y-BOCS da obsesyonlar ve kompulsiyonlara yönelik sınıflandırılmış bölümler ve bu bölümlerde toplamda 74 sorudan oluşan kontrol listesi mevcuttur. Bu liste semptomları ayrıntılı ele almaya ve bunların şiddetini değerlendirmeye olanak sağlar. Ölçekte obsesyon ve kompulsiyonlar beşer madde ile değerlendirilmekte ve maddelerin her biri 0-4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlandırılıp her bölümün toplam puanı hesaplanır. Her bölümden alınacak en yüksek puan 20' dir ve ölçekten alınacak toplam puan 0-40 arasındadır. Ölçekten elde edinilen puanlar şu şekilde sınıflandırılır: 0-7 puan subklinik, 8-15 puan hafif, 16-23 puan orta, 24-31 puan şiddetli, 32-40 puan çok şiddetli. Ayrıca ölçekte bulunan 11- 16. maddeleri

içgörü, kaçınma, kararsızlık, patolojik sorumluluk, yavaşlama ve patolojik kuşku olup puanlaması (0-4) yapılır ancak sonuca dâhil edilmez (Yılmaz H. , 2020).

3.2.3. Derin TMU müdahalesi

Derin TMU oturumları için Brainsway' in H7 başlığı için tedavi protokolü kullanılmıştır. OKB protokolü yönergesi; 29 seans (5 hafta 5 seans, 1 hafta 4 seans), beynin anterior singulat korteksini (ACC) hedef alan, %100 uyarım gücü (ayak), 20 frekans, 40 uyarım sayısı, 50 dizi sayısı toplamda 2000 uyarım sayısı şeklinde uygulanmıştır. Tedavi sırasında uygun görülen hastalara provokasyon/kışkırtma işlemi yapılmıştır. Provokasyon işlemi yapılan her hasta için kişiselleştirilmiş bir semptom listesi oluşturulmuştur. Her provokasyon işlemi öncesi terapist ile hastalar görüşme yapmış ve hastaya rahatsızlık veren semptomlar belirlenmiştir. Sıkıntı veren durumlara 1-10 arasında puanlar verilmesi istenmiş sonrasında hiyerarşik bir sıralama yapılmıştır. İşlem sırasında ise bu semptomlardan kişi için orta derecede sıkıntı veren durumlardan başlanarak hasta provoke edilmiştir. Belirlenen provokasyonlu dTMU sayısınınca bu işlemler sırasıyla tekrarlanmıştır. Hastaların %72,5' sına (n=37) dTMU uygulandığı sırada provokasyon yapılırken; %27,5' üne (n=14) provokasyon yapılmamıştır. Provokasyonlu dTMU uygulanan hastalara genelde ilk 5 seans yapılmıştır. Bu sayı hastalığın şiddetine göre 5 ile 15 arasında değişmektedir. Provokasyon için hastanın uygun olup olmadığı ve provokasyonun sayısı hastanın doktoru tarafından belirlenmiştir.

3.3. Veri Analizi

Katılımcılardan elde edilen veri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir. OKB hastalarına uygulanan dTMU tedavisinin etkililiğini ölçmek için ön test son test Y-BOCS skorlarını analiz etmek için bağımlı gruplar t-testi (paired samples t-test), bu ölçümlerde cinsiyetler arasında farklılık olup olmadığına incelemek için de tekrarlı ölçümlü varyans analizi (repeated measures ANOVA) kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri ve uygulanan tedavi öncesi ve sonrasında toplanan verilerin istatistiksel analiz sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		N	%	
Cinsiyet	Erkek	33	64.7	
	Kadın	18	35.3	
Eğitim	İlkokul	3	5.9	
	Lisans	21	41.2	
	Lise	19	37.3	
	Ortaokul	6	11.8	
	Yüksek lisans	2	3.9	
Meslek	Bahçıvan	1	2.0	
	Çalışmıyor	14	27.5	
	Diş Hekimi	1	2.0	
	Elektrikçi	1	2.0	
	Esnaf	2	4.0	
	Ev hanımı	7	13.7	
	Güzellik uzmanı	1	2.0	
	İşçi	3	5.9	
	Makine Mühendisi	1	2.0	
	Muhasebeci	1	2.0	
	Öğrenci	11	21.6	
	Öğretmen	5	9.8	
	Oto galerici	1	2.0	
	Satış Müdürü	1	2.0	
	Şöför	1	2.0	
	Medeni Durumu	bekar	36	70.6
boşanmış		3	5.9	
evli		12	23.5	
Kiminle Yaşıyor	ailesiyle	48	94.1	
	yalnız	3	5.9	
Askerlik Durumu	bedelli	4	7.8	
	Kısa süre	1	2.0	
	muaf	5	9.8	
	normal süre	3	5.9	
	yok	38	74.5	
		Ort	SS	
Yaş		31.53	11.04	

Tablo 2’de hastalar ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görölmektedir. 51 hastanın %64,7’ si erkeklerden (n=33), %35,3’ ü (n=18) kadınlardan oluşmaktadır. Bütün hastalar 18 yaşı üstünde olup örneklemin yaş ortalaması 31.53 bulunmuştur. Eğitim durumları incelendiğinde %17,7’ sinin (n=9) lise altı (ilkokul, ortaokul), %37,3’ ünün (n=19) lise ve %45,1’ inin (n=23) lise üstü (lisans ve yüksek lisans) olduğu görölmüştür. Mesleki durumları incelendiğinde %27,5’ inin (n=14) çalışmadığını, %21,6’ sının (n=11) öğrenci, %13,7’ sinin (n=7) ev hanımı, %9,8’ inin (n=5) öğretmen, %5,9’ unun (n=3) işçi, %4’ ünün (n=2) esnaf ve %16’ sının (n=9) diğer meslek gruplarından olduğu görölmüştür. Medeni durumları incelendiğinde %70,6’ sının (n=36) bekâr, %23,5’ inin (n=12) evli ve %5,9’ unun (n=3) boşanmış olduğu görölmüştür. Hastaların %94,1’ inin (n=48) ailesiyle %5,9’ unun (n=3) da yalnız yaşadığı görölmüştür. Askerlik durumu verileri incelendiğinde ise (kadınlar hariç) %15’ inin (n=5) hastalığından dolayı askerlikten muaf tutulduğu, %24’ ü askerliğini (bedelli, kısa veya normal sürede) yapmış olduğu ve %61 ise askerliğini yapamadığı görölmüştür.

Tablo 3. Hastalara Uygulanan Tedavi Biçimleri ve Yöntemleri

		N	%
Tedavi Biçimi	Ayaktan	47	92.2
	Yatan	4	7.8
Terapi Yöntemi	BDT	29	56.9
	BDT / Bütüncül	4	7.8
	BDT / Destekleyici	3	5.9
	Bireysel Terapi	9	17.6
	Davranışçı Müdahaleler	3	5.9
	Destekleyici	3	5.9
Provokasyonlu dTMU	VAR	37	72.5
	YOK	14	27.5
İlaç Türü	Antidepresanlar*+Antipsikotikler	47	92.2
	SSRI+Antidepresanlar*	4	7.8
	SSRI	0	0.0

*SSRI ilaç grubu dışındaki Antidepresanlar

Tablo 3' de hastalara uygulanan tedavi biçimleri ve yöntemlerinin dağılımı görülmektedir. Çalışmamıza katılan hastalarda görülen OKB semptomlarının içeriği orta veya ağır şiddettedir. Hastaların tedavi biçimi incelendiğinde %92,2' sinin (n=47) ayaktan, %7,8' inin de (n=4) yatarak tedavi olduğu görülmüştür. Hastaların hepsinin tedavisinde ilaç ve psikoterapi yöntemi kullanılmıştır. Uygulanan psikoterapi yöntemleri incelendiğinde BDT uygulanan hastalar %56,9 (n=29), Eklektik terapi (BDT ile beraber uygulanan bütüncül ve destekleyici terapiler) uygulanan hastalar %13,7 (n=7) ve diğer terapi yöntemleri uygulanan hastalar ise %11,8 (n=6) olduğu görülmüştür. Hastalara uygulan ilaç tedavisi verileri incelendiğinde %7,8' i (n=4) SSRI ve antidepresan kullanımı, %92,2' sine antidepresan ve antipsikotik ilaç grubu kullandığı görülmüştür. Hastalara uygulanan dTMU sırasında hastaların %72,5' ine (n=37) provokasyon uygulandığı, %27,5' nin (n=14) ise uygulanmadığı gözlemlenmiştir. Bu durumun tedavinin etkililiğini nasıl etkilediği incelenmiş ve sonuçları analiz edilmiştir.

OKB tanısı almış hastalara uygulanan Y-BOCS ölçeğinin ön test ve son test ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığını test etmek amacıyla %5 anlamlılık düzeyinde bağımlı örneklem t-testi (paired samples t-test) yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4. Bağımlı Örneklem t-testi Sonuçları (Y-BOCS)

	Ortalama	Std. Sapma	t	P
Y-BOCS 1	29.70	7.07	10.801	0.000
Y-BOCS 2	14.49	7.67		

Tabloya göre, Yale-Brown Obsesif Kompulsif Skalası (Y-BOCS) kullanılarak yapılan ölçümlerde, dTMU müdahale öncesi ortalama 29.70 iken, dTMU müdahale sonrası ortalama 14.49' a düşmüştür (Y-BOCS skorunda %48.78 oranında azalma bulunmuştur). Bu değişim, 51 katılımcı üzerinden yapılan analizde t-testi ile değerlendirilmiş ve t değeri 10.801, P değeri ise 0.000 olarak bulunmuştur.

Bu sonuçlar, uygulanan dTMU' nun OKB şiddetini önemli ölçüde azalttığını ve dolayısıyla etkili bir tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir ($p<0.05$).

Y-BOCS ölçümlerinin üzerinde zamanın ve cinsiyetin etkili olup olmadığını araştırmak amacıyla tekrarlı ölçümlü varyans analizi (repeated measures ANOVA) yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 5. Tekrarlı Ölçümlü ANOVA Sonuçları

Cinsiyet	Y-BOCS 1		Y-BOCS 2		P	P
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	(zaman)	(zaman*cinsiyet)
Kadın	31.06	7.16	17.06	8.33	0.000	0.529
Erkek	28.97	7.02	13.09	7.02	0.000	
P(cinsiyet)	0.319		0.077			

Başlangıçta kadın katılımcıların ortalama Y-BOCS skoru 31.06 (standart sapma = 7.16), erkek katılımcıların ise 28.97 (standart sapma = 7.02) olarak belirlenmiştir. İki grubun ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($P=0.319>0.05$). Müdahale sonrası, kadın katılımcıların ortalama Y-BOCS skoru 17.06' ya (standart sapma = 7.701), erkeklerinki ise 13.09' a (standart sapma = 6.973) düşmüştür. Yine iki grup ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($P=0.077>0.05$).

Kadın ve erkeklerin ayrı ayrı ilk ve son ölçümlerinin ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($P=0.000<0.05$). “Ölçüm zamanı *cinsiyet” etkileşimi için yapılan analiz, cinsiyetin zamanla birlikte OKB şiddeti üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir ($P=0.529>0.05$). Bu da, OKB şiddetindeki değişimin cinsiyete göre önemli ölçüde farklılık göstermediğini belirtir.

Sonuç olarak, bu çalışma, uygulanan dTMU tedavisinin zamanla OKB şiddetini önemli ölçüde azalttığını; ancak bu azalmanın cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, OKB müdahalelerinin hem erkeklerde hem de kadınlarda etkili olduğunu ve cinsiyetin bu etki üzerinde belirleyici bir rol oynamadığını göstermektedir.

Hastaların Y-BOCS ölçeğine verdikleri yanıtların dTMU müdahale öncesi ve sonrasında görülen iyileşmenin ölçeğin alt maddelerinde (obsesyon ve kompülsiyon) de geçerli olup olmadığını test etmek amacıyla %5 anlamlılık düzeyinde bağımlı örneklem t-testi (paired samples t-test) yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 6. Bağımlı Örneklem t-testi Sonuçları (Obsesyon)

	Ortalama	Std. Sapma	t	P
Obsesyon 1	14.96	3.58	9.791	0.000
Obsesyon 2	7.65	4.19		

Tabloya göre, müdahale öncesi obsesyon ortalaması 14.96 iken, müdahale sonrası ortalama 7.65'e düşmüştür (%51,1 oranında azalmıştır). Bu değişim, 51 katılımcı üzerinden yapılan analizde t-testi ile değerlendirilmiş ve t değeri 9.791, P değeri ise 0.000 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, uygulanan müdahalenin obsesyonu önemli ölçüde azalttığını ve dolayısıyla etkili bir müdahale yöntemi olduğunu göstermektedir ($p < 0.05$).

Y-BOCS ölçeğinin alt maddelerindeki değişim üzerinde zamanın ve cinsiyetin etkili olup olmadığını araştırmak amacıyla tekrarlı ölçümlü varyans analizi (repeated measures ANOVA) yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 7. Tekrarlı Ölçümlü ANOVA Sonuçları (Obsesyon)

	Obsesyon 1		Obsesyon 2		P (zaman)	P (zaman*cinsiyet)
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma		
Cinsiyet						
Kadın	14.79	3.68	9.06	4.48	0.000	0.285
Erkek	15.28	3.58	6.88	3.89	0.000	
P(cinsiyet)	0.645		0.076			

Başlangıçta kadın katılımcıların ortalama obsesyon skoru 14.79 (standart sapma = 3.68), erkek katılımcıların ise 15.28 (standart sapma = 3.58) olarak

belirlenmiştir. İki grubun ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($P=0.645>0.05$). Müdahale sonrası, kadın katılımcıların ortalama obsesyon skoru 9.06' ya (standart sapma = 4.48), erkeklerinki ise 6.88'e (standart sapma = 3.89) düşmüştür. Yine iki grup ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($P=0.076>0.05$).

Kadın ve erkeklerin ayrı ayrı ilk ve son ölçümlerinin ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($P=0.000<0.05$). "Ölçüm zamanı *cinsiyet" etkileşimi için yapılan analiz, cinsiyetin zamanla birlikte obsesyon değişimi üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir ($P=0.285>0.05$). Bu da, obsesyondaki değişimin cinsiyete göre önemli ölçüde farklılık göstermediğini belirtir.

Tablo 8. Bağımlı Örneklem t-testi Sonuçları (Kompülsiyon)

	Ortalama	Std. Sapma	t	P
Y-BOCS 1	14.75	3.98	10.477	0.000
Y-BOCS 2	6.84	3.96		

Tabloya göre, müdahale öncesi kompülsiyon ortalaması 14.75 iken, müdahale sonrası ortalama 6.84' e düşmüştür (%46,3 oranında azalmıştır). Bu değişim, 51 katılımcı üzerinden yapılan analizde t-testi ile değerlendirilmiş ve t değeri 10.477, P değeri ise 0.000 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, uygulanan müdahalenin kompülsiyonu önemli ölçüde azalttığını ve dolayısıyla etkili bir müdahale yöntemi olduğunu göstermektedir ($p<0.05$).

Tablo 9. Tekrarlı Ölçümlü ANOVA Sonuçları (Kompülsiyon)

	Kompülsiyon 1		Kompülsiyon 2		P (zaman)	P (zaman*cinsiyet)
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma		
Cinsiyet						
Kadın	15.75	3.92	8.00	4.78	0.000	0.905
Erkek	14.18	3.96	6.21	3.34	0.000	
P(cinsiyet)	0.173		0.124			

Başlangıçta kadın katılımcıların ortalama kompülsiyon skoru 15.75 (standart sapma = 3.68), erkek katılımcıların ise 14.18 (standart sapma = 3.92) olarak belirlenmiştir. İki grubun ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($P=0.173>0.05$). Müdahale sonrası, kadın katılımcıların ortalama kompülsiyon skoru 8'e (standart sapma = 4.78), erkeklerinki ise 6.21'e (standart sapma = 3.34) düşmüştür. Yine iki grup ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($P=0.124>0.05$).

Kadın ve erkeklerin ayrı ayrı ilk ve son ölçümlerinin ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($P=0.000<0.05$). "Ölçüm zamanı *cinsiyet" etkileşimi için yapılan analiz, cinsiyetin zamanla birlikte kompülsiyon değişimi üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir ($P=0.905>0.05$). Bu da, kompülsiyondaki değişimin cinsiyete göre önemli ölçüde farklılık göstermediğini belirtir.

Sonuç olarak, dTMU müdahalesinin OKB semptomlarındaki şiddeti zamanla önemli ölçüde azalttığı gibi bu iyileşme Y-BOCS ölçeğinin alt maddelerinde de görülmektedir. Ancak cinsiyetin bu iyileşme üzerinde belirleyici bir rol oynamadığını göstermektedir.

Derin TMU işlemi sırasında provoke edilen hastaların tedavi yanıtı ile edilmeyenlerin tedavi yanıtı incelenmiş ve sonuçları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 10. Tekrarlı Ölçümlü ANOVA Sonuçları (dTMU&Y-BOCS)

Provokasyonlu dTMU	Y_BOCS_1		Y_BOCS_2		P (zaman)	P (zaman*dTMU)
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma		
VAR	30.35	6.96	13.51	7.24	0.000	0.060
YOK	28.00	7.33	17.07	8.42	0.000	
P(dTMU)	0.294		0.141			

Başlangıçta Provokasyonlu dTMU uygulanan katılımcıların ortalama Y-BOCS skoru 30.35 (standart sapma = 6.96), uygulanmayan katılımcıların ise 28 (standart sapma = 7.33) olarak belirlenmiştir. İki grubun ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($P=0.294>0.05$). Müdahale sonrası, dTMU uygulanan katılımcıların ortalama Y-BOCS skoru 13.51'e (standart sapma = 7.24), uygulanmayanları ise 17.07'ye (standart sapma = 8.42) düşmüştür. Yine iki grup ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($P=0.141>0.05$).

Provokasyonlu dTMU uygulanan ve uygulanmayanların ayrı ayrı ilk ve son ölçümlerinin ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($P=0.000<0.05$). "Ölçüm zamanı *dTMU uygulama durumu" etkileşimi için yapılan analiz, dTMU uygulama durumunun zamanla birlikte Y-BOCS değişimi üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir ($P=0.060>0.05$). Bu da, Y-BOCS skorundaki değişimin dTMU uygulama durumuna göre önemli ölçüde farklılık göstermediğini belirtir.

Sonuç olarak, dTMU müdahalesi sırasında hastaların provoke edilip edilmemesinin tedavi yanıtını artırdığına dair istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamıştır.

Derin TMU tedavisinin etkiliğinde hastaların kullandığı ilaç türünün etkisinin olup olmadığı incelenmiş ve sonuç aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 11. Tekrarlı Ölçümlü ANOVA Sonuçları (İLAÇLAR & Y_BOCS)

İlaçlar	Y_BOCS_1		Y_BOCS_2		P (zaman)	P (zaman*dTMU)
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma		
Antidepresanlar/Anti psikotikler	30.06	7.01	14.74	7.90	0.000	0.804
SSRI/Antidepresanlar	25.50	7.33	11.50	3.00	0.000	
P(İLAÇ)	0.219		0.422			

Başlangıçta Antidepresanlar ve Antipsikotikler uygulanan katılımcıların ortalama Y-BOCS skoru 30.06 (standart sapma = 7.01), SSRI ve Antidepresan verilen katılımcıların ise 25,5 (standart sapma = 7.33) olarak belirlenmiştir. İki grubun ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($P=0.219>0.05$). Müdahale sonrası, Antidepresanlar ve Antipsikotikler uygulanan katılımcıların ortalama Y-BOCS skoru 14.74'e (standart sapma = 7.90), SSRI ve Antidepresan verilenlerinki ise 11.50' ye (standart sapma = 3.00) düşmüştür. Yine iki grup ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($P=0.141>0.05$).

Antidepresanlar ve Antipsikotikler uygulanan ve SSRI ve Antidepresan verilenlerin ayrı ayrı ilk ve son ölçümlerinin ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($P=0.000<0.05$). "Ölçüm zamanı *ilaç türü" etkileşimi için yapılan analiz, ilaç türünün zamanla birlikte Y-BOCS değişimi üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir ($P=0.804>0.05$). Bu da, Y-BOCS skorundaki değişimin ilaç türüne göre önemli ölçüde farklılık göstermediğini belirtir.

5. TARTIŞMA

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), işlevselliği önemli ölçüde etkileyen tekrarlayıcı obsesyonel düşünceler ve/veya kompulsif davranışların belirgin olduğu bir ruhsal bozukluktur (Yılmaz B. , 2018).

OKB' nin dünyada yaşam boyu yaygınlığı %2-3 olarak bulunmuştur (Ünyeli, 2015). Bu bozukluk kişinin sosyal yaşamı ve işlevselliği önemli ölçüde bozan bir hastalıktır (Topçu ve Karaaziz, 2023). OKB, çocukluk çağında erkeklerde daha fazla görülürken, ergenlik döneminde bu sıklığın yaklaşık olarak eşitlendiği, ergenlik sonrasında ise kızlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Swedo vd., 1989).

Epidemiyolojik verilere göre hastaların yaklaşık %40' unda sadece obsesyon ,%30' unda sadece kompulsiyon görülürken; %30' da ise hem obsesyon hem de kompulsiyon birlikte görülmektedir (Ünyeli, 2015). OKB, tedavi edilmediğinde kronik bir seyir riski taşımaktadır. Hastalığın seyrinde klinik tabloya başka bir psikiyatrik hastalık eşlik etmekte ve bu oran %70' e kadar çıkabilmektedir (Swedo vd., 1989).

OKB ilgili çok fazla çalışma olmasına rağmen etiyojisi ile ilgili bir kesinlik yoktur. Bunda en önemli sebep hastalığın heterojen bir yapıya sahip olmasıdır. Ancak yapılan çalışmalarda hastaların birinci dereceden akrabaları arasında OKB görülme oranı %30 iken annelerinde %9, babalarında ise bu oranın %25 olması bu bozukluğun genetik geçişliliğine dair önemli kanıtlar sunmaktadır (Yıldırım, 2018).

OKB' nin tedavisinde farmakolojik tedaviler, psikoterapiler veya bunların kombinasyonu kullanılmaktadır. OKB tedavisinde en sık kullanılan ve etkililiği kanıtlanmış ilaçlar; SSRI ve klomipramin' dir (Karaman vd., 2011). Psikoterapi yöntemlerinden BDT' nin özellikle hafif-orta şiddetindeki vakalarda en az ilaçlar kadar etkili sonuçlar verdiği de kanıtlanmıştır (Borckardt vd., 2008). Şiddetli OKB ya da OKB' ye eşlik eden depresyon tedavisinde SSRI' la beraber BDT'nin uygulandığı bilinmektedir (Kyrios vd., 2014). OKB' nin tedavisinde kullanılan ve halen araştırma konusu olan yöntemler de vardır. Bu çalışmanın konusu olan ve etkililiği incelenen dTMU tedavisi de bunlardan biridir. Beyin görüntüleme çalışmalarının artmasıyla birlikte OKB' ye neden olduğu düşünülen bazı bölgeler vardır ve bu bölgelerde aktivite artışı olduğu bilinmektedir (Şahin ve Ediboğlu,

2022). dTMU da OKB' de etkili olduğu düşünölen medial prefrontal korteks (mPFC) ve anterior singulat korteksi (ACC) hedef alan yüksek frekanslı bir uyarım tedavisidir.

Carmi vd. (2019), yaptığı araştırma çok merkezli ve randomize kontrollü bir çalışma olup 99 OKB hastasının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Hastaların hepsi ilaç tedavisi görüp bu tedaviye yanıt vermeyen kişilerden seçilmiştir. Çalışmada bir gruba dTMU ile gerçek bir tedavi verilirken diğer gruba sahte (manyetik alan yerine cihaz sesi verilmiş gerçek görünümlü bir uygulama) tedavi uygulanmıştır. 6 hafta boyunca yüksek frekanslı (20Hz) dTMU müdahalesi yapılmış ve çalışmanın sonunda tedavi edilenlerin %38,1, diğer grubun ise %11,1 oranında tedaviye yanıt verdiği bulunmuştur. Müdahale sonrası tedavi gören hastaların Y-BOCS skorunda \geq %30 azalma görölmüştür. Çalışmanın sonucu dirençli OKB hastaları için umut vericidir.

Bu çalışmamızda katılımcılarının hepsi ilaç tedavisi ve psikoterapi gören ve aynı zamanda dTMU tedavisi önerilen orta ve ağır OKB hastalarından oluşmaktadır. Müdahale sonrası Y-BOCS skorunda %48.78 azalma görölmüştür. Bulduğumuz bu sonuç dTMU müdahalesinin OKB semptomlarındaki şiddeti önemli ölçüde azalttığına dair bilgiler vermektedir. Bulduğumuz bu sonuç literatürle uyumludur. Ancak çalışmamızda bir kontrol grubu olmadığı için tedavi yanıtının nasıl değiştii incelenememiştir.

Carmi ve arkadaşları tarafından yapılan çift-kör, çok merkezli dTMU çalışmasından elde edilen veriler tekrar analiz edildiğinde hastalar arasında daha önce birden fazla SSRI tedavisi görmüş ve BDT' ye yanıt vermeyen gruplarda bile bu yeni tedavinin etkili olduğu saptanmıştır (Roth, Barne-Ygael, Carmi, Storch, Tendler, ve Zangen, 2020).

Arıkan vd. (2022), tek merkezde ve retrospektif bir çalışma yapmıştır. Bu çalışma da uygulanan dTMU' nun OKB hastalarının elektrofizyolojik parametreleri ve klinik sonuçlarını nasıl etkileyeceği de araştırılmıştır. 29 OKB hastaya 30 seans dTMU uygulanmış, tedavinin başında ve sonunda kantitatif elektroensefalografi (QEEG) kayıtları ve Y-BOCS skorları incelenmiştir. Hastaların tamamı dTMU müdahalesine Y-BOCS skorlarında en az %35 azalma göstererek yanıt vermiştir. QEEG kayıtlarında ise teta, alfa ve beta ritimlerinde önemli bir azalma olduğu

saptanmıştır. Bu çalışma OKB semptomlarının şiddetindeki azalmayı sol orta bölgedeki beta aktivitesindeki azalma ile ilişkilendirmiştir.

Bu çalışma Arıkan vd. (2022) yaptığı çalışma gibi retrospektif olup tek merkezde gerçekleşmiştir. Bir diğer benzer yönü de yapılan çalışmada kontrol grubunun olmayışı ve uygulanan dTMU sonrasında Y-BOCS skorunda tespit edilen azalmadır. Yapılan araştırmadan farklı olarak çalışmamızda hastaların QEEG kayıtlarına bakılmamıştır.

Ikawa ve arkadaşları OKB tedavisinde kullanılmaya başlanan dTMU tedavisinin Japonya'da nadiren uygulanmakta ve etkililiği pek bilinmemesinden yola çıkarak bir çalışma yürütmüşlerdir. 26 OKB hastasına dTMU protokolü uygulanmış ve çalışmanın sonunda dTMU tedavisine verilen yanıt oranı %53,9 bulunmuştur. Ayrıca toplam Y-BOCS puanları ve her bir maddeye ilişkin puanlarda önemli ölçüde iyileşmiştir. Bu skorlarındaki değişimin cinsiyetler arasında veya ilaç kullanan ve kullanmayan hastalar arasında da olup olmadığına bakılmış ancak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Ikawa, Osawa, Sato, Mizuno, ve Noda, 2022).

Yaptığımız çalışma da İkawa vd. (2022)' nin bulduğu sonuçlara benzer bulgular elde edilmiştir. Çalışmamızda hastaların dTMU müdahalesi sonrası tedaviye yanıtı %48,78 oranında bulunmuştur. Y-BOCS ölçeğinin alt maddelerinde bakıldığında; obsesyon maddelerinde %51,1 oranında, kompülsiyon maddelerinde ise %46,3 oranında bir iyileşme olduğu saptanmıştır. Çalışmada benzer olarak bu değişimin cinsiyetler arasında da olup olmadığına bakılmış ve anlamlı bir fark bulunmamıştır. İkawa vd. (2022), yaptıkları araştırmanın bir diğer bulgusu da dTMU sonrasında elde edilen değişimin hastaların ilaç kullanımına bağlı olmadığı tespitidir. Çalışmamızda hastaların hepsi ilaç kullandığı için İkawa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan farklı olarak elde ettiğimiz değişimin hastaların kullandığı ilaç türü ile ilişkisine bakılmıştır. Ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulunan bu sonuç literatürle uyumludur.

Standart FDA onaylı dTMU protokolü haftada 5 seans olup tedaviye yanıt müdahale başladıktan yaklaşık 32 gün sonra alınır ancak hızlandırılmış protokollerin tedaviye daha hızlı yanıt verdiğini gösteren çalışmalar da vardır. Yapılan bu çalışmada tedaviye dirençli OKB' si olan 2 hasta üzerinde hızlandırılmış dTMU tedavisi uygulanmıştır. İyileşme diğer çalışmalar göre nispeten daha mütevazı olsa da

tedaviye dirençli hastalarda hızlı bir klinik iyileşme gözlemlenmiştir. Ancak bu çalışmada yer alan vakalardan birinde semptomlar tekrarlarlarken; diğerinin takip verileri yeterli bulunamamıştır (Reddy, Arumugham, Teotia, ve Pyda, 2023).

Carmi vd. (2018), OKB hastalarına uygulanan dTMU tedavi sonrası beyin bazı bölgelerinde (medial prefrontal ve anterior singulat korteks) oluşan klinik etkileri araştırdıkları çalışmada önemli sonuçlar elde etmişlerdir. Tedavi öncesi uzman bir klinisyen tarafından hastalarla görüşülerek semptomları belirlenmiş rahatsızlık derecesine (SUD, 1 ile 10 arasında puan) göre hiyerarşik bir sıralama yapılmıştır. dTMU sırasında hastalar için kişiselleştirilmiş bu listede orta şiddette sıkıntı veren semptomdan başlayarak maruz bırakma yöntemi ile hastalar provoke edilmiştir. Çalışmada maruz bırakılan hastalardan alınan tedavi yanıtı, maruz kalmayan hastalara göre daha fazla olduğunu ve semptom provokasyonu sırasında kortiko-striato-talamo-kortikal (CSTC) yolağın bazı bileşenlerinde aşırı hareketlilik tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların %72,5' ine (n=37) provokasyonlu dTMU uygulandığı, %27,5' nin (n=14) ise uygulanmadığı gözlemlenmiştir. Bu durumun tedavinin etkililiğini nasıl etkilediği incelenmiş ve dTMU sonrası her iki grupta anlamlı bir değişim gözlenmiştir. Fakat provoke edilmiş hastalar ile edilmemiş hastalar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P=0.294>0.05$). Yani, dTMU sırasında provoke edilmiş hastalarla diğer grubun tedavi yanıtı aynı olup bulunan sonuç literatürle uyumlu değildir. Bulduğumuz bu sonucun sebebi hastalara uygulanan provokasyon sayılarının farklı olmasından kaynaklı olabilir.

Yaptığımız bu çalışma retrospektif olup tek merkezde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya FDA protokolünlerine uygun 29 seans (20Hz) dTMU uygulanmış 51 OKB hastası dâhil edilmiştir. Müdahale öncesi ve sonrası Y-BOCS skorlarında %48.78 oranında azalma saptanmıştır. Bu sonuçlar, uygulanan dTMU' nun OKB şiddetini önemli ölçüde azalttığını ve dolayısıyla etkili bir tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir ($p<0.05$). Elde edilen bu sonuç literatürdeki (Y-BOCS skorundaki azalma $\geq\%30$) çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Y-BOCS skorlarındaki azalma oranı ölçeğin alt maddelerindeki azalmayla uyumlu bulunmuştur. Ancak cinsiyetin zamanla birlikte OKB şiddeti üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulunmuştur ($P=0.514>0.05$). Bu da OKB şiddetindeki değişimin

cinsiyete göre önemli ölçüde farklılık göstermediğini belirtir. Çalışmanın sonunda elde edilen bulgular literatürle uyumlu ve destekler niteliktedir. Çalışmamızdan elde edilen diğer bulgular da şu şekildedir: Hastalara uygulanan dTMU etkililiğinde hastaların kullandığı ilaç türleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca işlem sırasında hastaların provoke edilmesi de tedavi yanıtını etkilemediği bulunmuştur.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

OKB, kişiyi sosyal alandan izole eden, işlevselliğini bozan ve en sık rastlanılan ruhsal bozukluklardan biridir. Bu hastalık sadece kişinin değil çevresinde olanların hayatını da zora sokmaktadır. Klinik tabloda en çok görülen vakalar yakınları tarafından getirilenlerdir. Bu durum hastalığın tedavisini de zorlaştırmaktadır. Günümüzde birçok psikiyatrik hastalığın olduğu gibi OKB' nin de kesin bir çözümü yoktur. Uygulanan bütün yöntemler semptomları iyileştirme yönündedir. Fakat nörogörüntüleme tekniklerinde yaşanan gelişmeler hastalığın tedavisinde farklı yöntemlerin kullanılmasına zemin hazırlamıştır. Bu alanda yeni olan dTMU tedavisi de bunlardan biridir. Bizim çalışmamızda hastalara uygulanan dTMU, OKB tedavisinde etkili bulunmuştur ve sonuç alternatif yöntemler için umut vericidir.

Bu çalışmanın temel sınırlılığı retrospektif olmasından kaynaklanmaktadır. Çünkü çalışmanın verileri, tedavinin yapıldığı zamandan farklı bir zaman diliminde ve yazılı kaynaklardan elde edilmiştir. Geriye dönük dosya taramalarında karşılaşılan problemler bu çalışmada da çıkmıştır. Tedaviyi yarım bırakan ya da tamamladığı halde son test ölçek sonuçları bulunmayan hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Bu çalışmada tedavi yönteminin hastaların yaş aralıklarına göre oluşturulacak gruplarda nasıl etkili olduğuna bakılmamıştır. Yapılacak başka çalışmalarda tedavinin etkililiğinin yaşlara göre değişimi incelenebilir. Bu çalışmanın bir kontrol grubu oluşturularak ve tedavi yönteminin prospektif olarak tekrar uygulanması da araştırma konusu olabilir. Daha büyük bir örnekleme bu çalışma da tekrarlanabilir. Böylece elde edilen bulgular hem tutarlı hem de genellenebilir olacaktır. Ayrıca çalışmanın boylamsal olarak tasarlanması tedavinin kalıcılığı ile ilgili yeni bir araştırma konusu olabilir.

7. KAYNAKLAR

- Akgün, N. (1989). *Obsesyonel nevroz* (1. Baskı b.). Nobel Tıp Kitabevi.
- Alagband-Rad, J., & Hakimshoostary, M. (2009). A Randomized Controlled Clinical Trial of Citalopram Versus Fluoxetine in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *European Child & Adolescent Psychiatry* , 18 (3), 131-135.
- Altıntaş, E., & Özçürümez, G. (2015). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastaların Cinsiyet Farklılığı Açısından Değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal* , 40 (3), 409-417.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-V)*. (E. Köroğlu, Çev.) Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2000). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, yenedengözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR)*. (E. Köroğlu, Çev.) Hekimler Yayın Birliği.
- Angst, J., Gama, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., et al. (2004). Obsessive-Compulsive Severity Spectrum in the Community: Prevalence, Comorbidity, and Course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* , 254 (3), 156-164.
- Ankara Üniversitesi Açık Ders Notları. (2007, Ekim 28). Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Ders Notu* .
- Arıkan, K. (t.y.). *Derin TMS*. Şubat 14, 2024 tarihinde kemalarikan.com:
<https://www.kemalarikan.com/derin-tms> adresinden alındı
- Arıkan, M. K., İlhan, R., Esmeray, T., Çetin, H. L., Aytar, E. K., Aktaş, H., et al. (2022). Deep Transcranial Magnetic Stimulation Effects on the Electrophysiological Parameters in Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical EEG and Neuroscience* , 1-7.

- Atila, A. (2015). Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Sürekli Öfke Düzeyleri Ve Öfke İfade Tarzları İle Obsesif Kompulsif Semptomları Arasındaki İlişkinin Sosyo-Demografik Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tez Çalışması* . İstanbul Bilim Üniversitesi.
- Barker, A. T., Jalinous, R., & Freeston, I. L. (1985). Non-Invasive Magnetic Stimulation of Human Motor Cortex . *The Lancet* , 325 (8437), 1106-1107.
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası* , 25-32.
- Berrios, G. E. (1996). Obsessions and compulsions. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century* (s. 140-156). içinde Cambridge University Press.
- Blanco, C., Olfson, M., Stein, D. J., Simpson, H. B., Geleroff, M. J., & Narrow, W. H. (2006). Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder by U.S. Psychiatrists. *The Journal of Clinical Psychiatry* , 67 (6), 946–951.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'neil, P. (2008). Clinical Practice as Natural Laboratory for Psychotherapy Research: A Guide to Case-Based Time-Series Analysis. *The American Psychologist* , 63 (2), 77-95.
- Brown, H. M., Lester, K. J., Jassi, A., Heyman, I., & Krebs, G. (2015). Paediatric Obsessive-Compulsive Disorder and Depressive Symptoms: Clinical Correlates and CBT Treatment Outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology* , 43 (5), 933- 942.
- Carmi, L., Alyagon, U., Barnea-Ygael, N., Zohar, J., Dar, R., & Zangen, A. (2018). Clinical and Electrophysiological Outcomes of Deep TMS Over the Medial Prefrontal and Anterior Cingulate Cortices in OCD Patients. *Brain Stimulation* , 11 (1), 158-165.
- Carmi, L., Tendler, A., Bystritsky, A., Hollander, E., Blumberger, D. M., Daskalakis, J., et al. (2019). Efficacy and Safety of Deep Transcranial Magnetic Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: A Prospective Multicenter Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry* , 176 (11), 885-966.
- Derin, S., & Yorulmaz, O. (2020). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Yanlılık Değişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 12 (3), 299-317.

- Emekdaş, M. A. (2022). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bir Endofenotip Olarak Sürüklenme-Yayılım Modelinin (Drift Diffusion Modelin) İncelenmesi. *Uzmanlık Tezi* . İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental Modification of Beliefs in Obsessive–Compulsive Disorder: A Test of The Metacognitive Model. *Behaviour Research and Therapy* , 43 (6), 821-829.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1997). *Mastery of Obsessive-Compulsive Disorder: A Cognitive-Behavioral Approach Client Workbook*. Graywind Publications.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use and Reliability. *Arch Gen Psychiatry* , 46 (11), 1006-1011.
- Horcajadas, F. A., Soto, J., García-Cantalapiedra, M., Calvin, J. R., Morales, J., & Salgado, M. (2006). Effectiveness and Tolerability of Addition of Risperidone in Obsessive-Compulsive Disorder with Poor Response to Serotonin Reuptake İnhibitors. *Actas Espanolas de Psiquiatria* , 34 (3), 147-152.
- Ikawa, H., Osawa, R., Sato, A., Mizuno, H., & Noda, Y. (2022). A Case Series of Deep Transcranial Magnetic Stimulation Treatment for Patients with Obsessive-Compulsive Disorder in the Tokyo Metropolitan Area. *Journal Of Clinical Medicine* , 11 (20), 1-9.
- Kafes, A. Y. (2021). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tedavisinde Kullanılan Davranışçı Müdahale Teknikleri: Sistematik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 726-738.
- Kani, A. S. (2014). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların afektif mizaç, kronobiyoloji ve dürtüsellik açısından incelenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi* , 1-26. İstanbul Üniversitesi.
- Kara, M. (2015). Investigation of Depression, Obsessive Compulsive Disorder and Their Treatment Methods . *Yüksek Lisans Tezi* , 29-67. Fatih Üniversitesi .

- Kara, M., Tabakoğlu, H. Ö., Akar, S. A., & Bilgiç, V. (2015). Dirençli Kronik Obsesif Kompulsif Bozukluk Tedavisinde. *Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi (Tıp Tekno'15)* (s. 339-342). Biyomedikal ve Klinik Mühendisliği Derneği.
- Karaca, P., Oktay, S., Koçak, M., & Erden, G. (2020). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisinde Güncel Psikoterapi Yaklaşımları. *Yeni Symposium* , 58 (2), 26-38.
- Karaman, D., Durukan, İ., & Erdem, M. (2011). Çocukluk Çağı Başlangıçlı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 3 (2), 278-295.
- Karamustafalıoğlu, K. O., & Akpınar, A. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences* , 2 (12), 30-44.
- Karlıoğlu, E. H., & Yüksel, N. (2007). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* , 10 (3), 3-13.
- Kerdiğe, A., & Şentürk, H. (2020). Psikoloji ve Din Açısından Takıntılar: ‘Vesvese’. *Türk Din Psikolojisi Dergisi* (2), 107-134.
- Kılıç, F. (2013). Obsesif Kompulsif Bozukluk Eşlik Eden ve Etmeyen Bipolar Bozukluklu Hastalarda Mizaç ve Dürtüsellik. *Uzmanlık Tezi* . Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Koran, L. M. (2000). Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America* , 23 (3), 509-517.
- Koşe, Ç. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuklara Uygulanmış Olan Bilişsel Davranışçı Terapi, İlaç Tedavisi Ve Kombinasyonunun Etkililiklerinin Karşılaştırılması . *Yüksek Lisans Tezi* . Maltepe Üniversitesi SBE.
- Kütük, M. Ö. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk Ve Ergenlerin Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri. *Yüksek Lisans Tezi* , 37. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kyrios, M., Moulding, R., & Bhar, S. (2014). A Clinician’s Quick Guide of Evidence-Based Approaches: Obsessive–Compulsive Disorder. *Clinical Psychologist* , 18 (2), 96-97.
- Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., et al. (2010). Culture and The Anxiety Disorders: Recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety* , 272, 212-229.

- Metin, B., & Metin, S. Z. (2017). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Transkraniyal Manyetik Uyarım Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri* , 10 (2), 125.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. John Wiley & Sons Inc.
- NPİstanbul. (t.y.). Şubat 14, 2024 tarihinde Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS): <https://npistanbul.com/yale-brown-obsesyon-kompulsiyon-olcegi-y-bocs> adresinden alındı
- Öner, P., & Aysev, A. (2001). Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türk Tabipler Birliği* , 10 (11), 409-411.
- Öztürk, O. (2021). *Ruh Sağlığı ve Bozukluğu*. Nobel Tıp Kitapevleri.
- Öztürk, O., & Uluşahin, N. A. (2023). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (17. Baskı)*. Nobel Tıp Kitapevleri.
- Parmar, A., & Sarkar, S. (2016). Neuroimaging Studies in Obsessive Compulsive Disorder: A Narrative Review. *Indian Journal of Psychological Medicine* , 38 (5), 386–394.
- Pell, G. S., Roth, Y., & Zangen, A. (2011). Modulation of Cortical Excitability Induced by Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation: Influence of Timing and Geometrical Parameters and Underlying Mechanisms. *Progres in Neurobiology* , 93 (1), 59-98.
- Reddy, S., Arumugham, S. S., Teotia, V., & Pyda, P. K. (2023). Accelerated Deep Transcranial Magnetic Stimulation Using iTBS Protocol for Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain Stimulation* , 16 (2), 556-557.
- Roth, Y., Barne-Ygael, N., Carmi, L., Storch, E. A., Tendler, A., & Zangen, A. (2020). Deep Transcranial Magnetic Stimulation For Obsessive-Compulsive Disorder Is Efficacious Even In Patients Who Failed Multiple Medications And CBT. *Psychiatry Research* , 290, 1-3.
- Ruso, K. (2022). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkinliği Üzerine İnceleme: Bir Derleme Çalışması. *International Journal of Su-Ay Development Association(IJOSDA)* , 1 (2), 96-116.

- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C., Shavitt, R. G., et al. (2019). Obsessive-Compulsive Disorder. *Nature Reviews Disease Primers* , 5 (1), 52.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Archives of General Psychiatry* , 46 (4), 335-341.
- Şahin, H. E., & Ediboğlu, G. O. (2022). Obsesif kompulsif bozukluk: kısa bir gözden geçirme. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi* , 2 (2), 51-58.
- Şenormancı, Ö., Konkan, R., Güçlü, O. G., & Sungur, M. Z. (2012). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Metakognitif Modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 4 (3), 335-349.
- Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2019). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili. *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi* (s. 1644-1646). içinde Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Taştan, M. F. (2015). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Peroksiredoksin-1 ve Ürotensin-2 Düzeylerinin İncelenmesi. *Uzmanlık Tezi* . Gaziantep Üniversitesi .
- Tendler, A., Sisko, E., Barnea-Ygael, N., Zangen, A., & Storch, E. A. (2019). A Method to Provoke Obsessive Compulsive Symptoms for Basic Research and Clinical Interventions. *Frontiers in Psychiatry* , 10, 184.
- Topçu, D., & Karaaziz, M. (2023). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Yetişkinlerde BDT Kullanılması Üzerine Sistemik Bir Derleme. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi* , 6 (1), 104-116.
- Topçuoğlu, V. (2003). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler. *Klinik Psikiyatri* , 6 (1), 46-50.
- Toprak, T. B. (2018). Dini Obsesyon ve Kompulsiyonların Psikoterapisinde Kuramlar, İmkanlar, Sınırlılıklar. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi* , 1 (1), 123-141.
- Toptaş, B. (2019). Kuramsal Çerçeveden OKB. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi* , 2 (3), 95-109.

- Tuncel, R. (2021). Depresyonda TMU Öncesi ve Sonrası Farklılıkların Analizi. *Yüksek Lisans Tezi* . Üsüdar Üniversitesi.
- Tükel, R., & Demet, M. M. (2021). *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Türkiye Psikologlar Derneği. (2003). *Bilişsel-Davranışçı Terapiler*. (I. Savaşır, G. Soygüt, & E. Kabakçı, Dü) Türkiye Psikologlar Derneği.
- Ünyeli, B. İ. (2015). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Alan Ebeveynlerin 10-18 Yaş Çocuklarında Anne Babadan Algılanan Psikolojik Kontrol Ve Mükemmeliyetçilik Düzeyi. *Yüksek Lisans Tezi* . Beykent Üniversitesi SBE.
- Vardar, E. (2000). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Genetiği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* , 10 (3), 153-159.
- Wagner, T., Valero-Cabre, A., & Pascual-Leone, A. (2007). Noninvasive Human Brain Stimulation . *Annual Reviews* , 9 (1), 527-565.
- World Health Organisation. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders* .
- Yıldırım, P. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza'nın Obsesif Kompulsif Bozukluk İle İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi* . İstanbul Gelişim Üniversitesi SBE.
- Yılmaz, B. (2018). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences* , 1 (2), 21-42.
- Yılmaz, H. (2020). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı İle İzlenen Hastalarda Ortoreksiya Nervoza. *Uzmanlık Tezi* . Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi .
- Yılmaz, M. A. (2016). Öğretmen Çocuklarının Mükemmeliyetçilik Düzeyleri İle Obsesif Kompulsif Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi* . Haliç Üniversitesi SBE.
- Yöney, T. H. (2001). Transkraniyal Manyetik Stimulasyonun Psikiyatrik Uygulamaları . *Türk Psikiyatri Dergisi* , 12 (4), 293-300.
- Zayman, E. P. (2016). DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Çukurova Medical Journal* , 41 (2), 360-362.

EK-1



YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ VE SEMPTOM KONTROL LİSTESİ (YBOCS)

Hasta Bilgileri;

Adı / Soyadı:	_____		
Yaş :	_____	Cinsiyeti: _____	Tarih: ____ / ____ / ____

UYGULAYAN KAŞE / İMZA

NP. FR. 440

Revizyon No: 3 (27.08.2015)



"Lütfenarkasayayagöçünüz" → 1 / 8

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.
(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. " * " ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir.)

Şimdi	Geçmişte	SALDIRGANLIK OBSESYONLARI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendine zarar vereceğinden korkma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başkalarına zarar vereceğinden korkma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utandırılacak bir şey yapmaktan korkma*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. Arkadaşını yaralama)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çalacağından korkma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. Çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. Yangın hırsızlık)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
KİRLENME OBSESYONLARI		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vücut atık veya salgılarından (örn. İdrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kir veya mikroplardan kaygılanmak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestos, radyasyon, toksik atıklar)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. Temizlik maddeleri, çözücüler)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hayvandan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
CİNSEL OBSESYONLAR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yasaklanmış veya sapkınlık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çocuklar veya incest ilişkisi ile ilgili
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Homoseksüel ilişki ile ilgili*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)
DİNİ OBSESYONLAR		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğüstü düşünce ile birlikte (örn. Eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğüstü düşünceler olmadan
		DİĞER OBSESYONLAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bilme veya hatırlama ihtiyaç
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belirli şeyleri söyleme korkusu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğru şeyi söylememe korkusu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bir şeyler kaybetme korkusu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uğurlu veya uğursuz sayılar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Özel anlamı olan renkler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Batıl itikatlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
		SOMATİK OBSESYONLAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hastalık ile ilgili*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vücudun bir parçası veya görüntü ile aşırı ilgili (örn. Dismorfofobi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
		TEMİZLENME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aşırı veya törensel el yıkama
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
		KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:

		TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tekrar okuma veya yazma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örn. Kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:
		SAYMA KOMPULSİYONLARI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Hobiler, maddi ve manevi değerli olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır (örn. Eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek)]
		DİĞER KOMPULSİYONLAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aşırı liste hazırlama
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Göz kırpmaya veya gözlerini dikme törensel davranışları*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendine.....: başkalarına.....zarar gelmemesine veya kötü olaylara..... karşı önlem almak (kontrol etme değil)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Batıl davranışlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trikotillomani*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer:

İsim: _____ Tarih: ____ / ____ / ____

HEDEF SEMPTOM LİSTESİ

OBSESYONLAR:

1. _____

2. _____

3. _____

KOMPULSİYONLAR

1. _____

2. _____

3. _____

KAÇINMA

1. _____

2. _____

3. _____

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ
(9/89)

Hasta adı : _____	
Protokol : _____	Tarih: ____/____/____
Uygulayan : _____	Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) _____
1. OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0: Yok 1: Hafif, günde bir saatten az veya seyrek 2: Orta, günde 1-3 Saat veya çok sık 3: Ciddi, günde 3-8 saat veya çok sık 4: İleri boyutlarda günde sekiz saatten fazla veya yaklaşık sürekli
1a. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	0: Yok 1: Uzun, her gün, aralıksız 8 saatten uzun semptomsuz dönem 2: Orta, her gün 3-8 saat süren aralıksız semptomsuz dönem 3: Kısa, her gün 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem 4: İleri derecede kısa, günde bir saatten az süren semptomsuz dönem
2. OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0: Hiç 1: Hafif, sosyal veya mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok 2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hala başa çıkabilir durumda 3: Ciddi, Sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış 4: İleri derecede iş göremez durumda
3. OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0: Hiç 1: Hafif, fazla rahatsızlık vermeyen. 2: Orta, rahatsız edici, fakat baş edilebilir. 3: Ciddi, çok fazla rahatsız edici. 4: İleri derecede, yaklaşık sürekli ve kısıtlayıcı rahatsızlık.
4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki, çaba harcama gereksinimi duymamaktadır. 1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır. 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır. 3: Çaba göstermeden tüm obsesyonlara teslim olmuştur. Fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır. 4: Tam ve gönüllü olarak obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.
5. OBSESYONLARIN KONTROLÜ	0: Tam olarak kontrol edebiliyor. 1: Büyük oranda kontrol edebiliyor, genellikle biraz çaba ve dikkatini toplayarak obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor. 2: Orta derecede kontrol edebiliyor, obsesyonları bazen durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor. 3: Az miktarda kontrol edebiliyor, obsesyonları durdurmada veya aklından çıkarmada nadiren başarılı oluyor. Dikkatini sadece zorlukla başka konulara yönelebiliyor. 4: Kontrol edemiyor, tamamiyle istemsiz olarak obsesyonlar mevcuttur, bir an bile aklından çıkarmamaktadır.
OBSESYON TOPLAMI (madde 1*-5 toplamı) _____	
6. KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0: Hiç 1: Hafif (günde 1 saatten az) veya seyrek olarak 2: Hafif (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar 3: Orta (günde 3-8 saat) veya çok sık kompulsif davranışlar 4: İleri derecede (günde 8 saatten fazla) veya neredeyse sürekli olarak kompulsif davranışlar (sayılmayacak kadar fazla)
6a. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	0: Hiç semptom yok. 1: Uzun, her gün, aralıksız sekiz saatten uzun süren semptomsuz dönem 2: Orta, her gün, 3-8 saat süren aralıksız semptomsuz dönem 3: Kısa, her gün 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem 4: İleri derecede kısa, günde bir saatten az süren semptomsuz dönem

7. KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0: Hiç 1- Hafif, sosyal veya mesleki uerailer çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok. 2- Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hala başa çıkabilir durumda. 3- Ciddi, Sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış. 4- İleri derecede iş göremez durumda
8. KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0: Hiç 1- Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi esnasında hafif anksiyete 2- Orta, kompulsif davranışın engellenmesi halinde sıkıntı duyuldu fakat başedilebilir düzeyde olduğunu veya kompulsiyonun gerçekleştirilmesi sırasında anksiyetenin artabildiğini, fakat başa çıkabileceğini bildirmektedir. 3- Ciddi, kompulsiyonların engellenmesi halinde veya kompulsif davranışlar sırasında, anksiyete belirgin şekilde artmaktadır. 4- İleri derecede, kompulsif davranışa en ufak bir müdahale halinde veya kompulsiyon sırasında iş göremez duruma sokan anksiyete
9. KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki, çaba harcama gereksinimi duymamaktadır. 1- Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır. 2- Direnmek için bir miktar çabalamaktadır. 3- Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır. 4- Kompulsiyonlara tam ve gönüllü olarak boyun eğmiştir.
10. KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	0: Tam olarak kontrol edebiliyor. 1- Büyük oranda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için bir miktar baskı hissediyor, fakat genellikle kontrol edebiliyor. 2- Orta derecede kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için büyük baskı hissediyor, zorlukla kontrol edebiliyor. 3- Az miktarda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için çok büyük baskı hissediyor, tamamlamak zorunda kalıyor, sadece güçlükte geciktirebiliyor. 4- Kontrol edemiyor, tamamiyle istemsiz olarak kompulsiyonları gerçekleştirilmektedir. Bir an için bile geciktirememektedir.
KOMPULSİYONLAR ALTTOPLAMI (madde 1-5 toplam)	
11. OBSESYONLARI VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı 1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığı ve aşırılığını kabul etmekle birlikte anksiyete dışında dikkate alınacak bir şey olmadığı konusunda tatmin olmuş değil (örn. Uzun süre şüpheleni vardır). 2: Orta derecede bir içgörü. İsteksizce de olsa düşünce veya davranışlarının saçmalığını veya aşırılığını kabul etmekle birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat değişmeyen inançları yoktur. 3: Zayıf içgörü. Düşünce davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığına inanmaktadır, fakat karşı kanıtları geçerliliğini de kabul etmektedir. 4: İçgörüsü kaybolmuş, hayal dünyasında. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğuna tam olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.
12. KAÇINMA	0: Görülen bir kaçınma yok. 1: Hafif, en alt düzey kaçınma var. 2: Orta, görülen açık bir kaçınma var. 3: Ciddi, çok fazla kaçınma var. 4: İleri derecede, aşırı boyutlarda kaçınma, semptomları başlatabilecek olan hemen her şeyi yapmaktan kaçınmaktadır.
13. KARARSIZLIK	0: Kararsızlık yok. 1: Hafif, bazı küçük şeyler hakkında karar verme güçlüğü 2: Orta, başkalarının ikinci bir kez düşünmeyecekleri şeyler hakkında karar verirken güçlük çektiğini belirtmektedir. 3: Ciddi, önemli olmayan konularda bile süremli yarar / zarar değerlendirmesi yapmaktadır. 4: İleri derecede, karar verme yetisi kaybolmuş, iş göremez durumdadır.
14. PATOLOJİK SORUMLULUK	0: Yok. 1: Hafif, sadece sorulduğunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı. 2: Orta, hastanın kendiyi bahsettiği açıkça görülen düşünceler; hasta kendi kontrol edebileceği olayların dışında kalanlar için aşırı sorumluluk hissetmektedir. 3: Ciddi, bu tür duygular yaygındır ve önde gelmektedir; kesinlikle kendi kontrolü dışında kalan olaylardan bile kendisi sorumlu hissetmektedir. Kendini anlamsız, hatta saçma bir şekilde suçlamaktadır. 4: İleri, delilik derecesinde sorumluluk. (örn. Kompulsiyonlarını gerçekleştirmedikleri için binlerce kilometre ötede olan bir depremden kendini suçlu hissetmek)

15. YAVAŞLAMA	0: Yok 1: Hafif , bazen başlarken veya biterken gecikme. 2: Orta , sıklıkla olağan işlerin uzun sürmesi, ancak genellikle tamamlanması. Sıklıkla geç olması. 3: Ciddi , olağan görevlerin başlamasında ve bitirilmesinde yaygın ve belirgin zorlanma. Genellikle geç olması. 4: İleri derecede , işlemin tümünde yardım görmeden, olağan işlevlere başlayamama ve bitireme.
16. PATOLOJİK KUŞKU	0: Hiç 1: Hafif, sadece sorulduğu zaman bahsedilen patolojik kuşku. Verilen örnekler normal sınırlar içinde olabilir. 2: Orta, hasta bu düşünceleri kendisi belirtir, hastanın bazı davranışlarında açık olarak vardır; hasta patolojik kuşkudan rahatsızdır. Performansını bir miktar etkilemekle birlikte bahsedilebilir boyutlardadır. 3: Ciddi, algıları hakkında kuşkuları belirgindir; patolojik kuşku sıklıkla performansını etkilemektedir. 4: İleri derecede, algıları hakkında kuşkuları süreklidir; patolojik olarak kuşkuları hemen her türlü faaliyetini belirgin olarak etkilemektedir. İşgöremez durumdadır. (örn. Hasta " görüşlerime inanamıyorum " diye belirtmektedir).
17. GLOBAL CİDDİYET	0: Hastalık yok 1: Hafif, şüpheli, gelip geçici hastalık; işlevsel bozukluk yok. 2: Hafif semptomlar, işlevsel bozukluk az. 3: Orta derecede semptomlar, çabıyla işlevsel olabiliyor. 4: Orta-ciddi derecede semptomlar, işlevsellik kısıtlanmış. 5: Ciddi semptomlar, büyük oranda yardımla işlevsel olabiliyor. 6: İleri boyutlarda ciddi semptomlar, işgöremez durumda.
18. GLOBAL DÜZELME	0: Çok daha kötü. 1: Daha kötü. 2: Biraz daha kötü 3: Değişiklik yok. 4: Bir miktar iyileşme var. 5: Daha iyi. 6: Çok daha iyi.
19. GÜVENİRLİK	0: Mükemmel, edinilen bilgilerden şüphelenmek için hiçbir neden yok. 1: İyi, güvenilirliği kötü yönde etkileyebilecek faktör (ler) var. 2: Orta, güvenilirliği kesin olarak azaltan faktör (ler) var. 3: Zayıf, güvenilirlik çok az.

*[REFERANSLAR: Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark.: The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, I: Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 1006 / Karamustafaloğlu OK, Uçşık AM, Ulusoy M, Erkmen H: Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı Savaş Ofset, Bursa, 1993, s:86. / Tek C, Uluğ B, Rezakı BG, Tanrıverdi N, Mercan S, Demir B, Vargel S: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. Acta Psychiatr Scand 1995; 91:410-413]