



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALAN
HASTALARIN AFEKTİF MİZAÇ, KRONOBİYOLOJİ VE
DÜRTÜSELLİK AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Uzmanlık Tezi
Dr. Ayşe SAKALLI KANİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. M. Reha BAYAR

İSTANBUL, 2014

TEŞEKKÜR

Uzmanlık ihtisasım boyunca bilgi ve tecrübesinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Alaattin Duran, değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Reha Bayar, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu, asistanlık günlerime başladığım ilk günden itibaren desteğini hissettiğim, psikiyatriyi sevdiren ve psikiyatrik yaklaşımı ile bana bir bakış açısı kazandıran Geropsikiyatri Bilim dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Hacı Murat Emül, psikiyatrist kimliğimin gelişmesinde çok büyük katkısı olan Sayın Prof. Dr. Turan Ertan başta olmak üzere tüm kıymetli hocalarıma, birlikte çalışmaktan çok büyük keyif ve mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma, hemşireler ve tüm klinik çalışanlarına ve son olarak tezim sırasındaki yardımları için Sayın Dr. Cana Aksoy Poyraz ve tezimin istatistiksel değerlendirmesini yapan Sayın Dr. Burç Çağrı Poyraz' a çok teşekkür ederim.

Ayrıca tez sürecinde olduğu gibi her daim yardımlarını esirgemeyen, manevi desteğini hep hissettiğim, kıymetli eşim Haluk Tarık Kani' ye ve beni var eden, bugünlere getiren, sevgili annem, babam ve ablama koşulsuz destekleri için ne kadar teşekkür etsem azdır.

Dr. Ayşe Sakallı Kani

Mayıs 2014- İstanbul

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
TABLolar LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	3
2.1.1. Epidemiyoloji.....	3
2.1.2. Etiyoloji.....	3
2.1.2.1. Genetik	4
2.1.2.2. Nöroanatomi	4
2.1.2.3. Nöroimmunoloji	4
2.1.2.4. Nörokimyasal faktörler.....	5
2.1.3. Klinik Özellikler	7
2.1.4. Tanı Ölçütleri.....	8
2.1.5. Tedavi	12
2.1.6. OKB’ de tedaviye direnç ile ilgili tanımlamalar.....	12
2.1.7. OKB’de Eş Tanı.....	13
2.1.8. Prognoz	14
2.1.9. Komorbid Duygudurum Bozukluklarının Prognosa Etkisi	15
2.2. AFEKTİF MİZAÇ	16
2.3. KRONOBİYOLOJİ.....	20
2.3.1. Biyolojik Ritimler ve Kronobiyoloji.....	20

2.3.2.	Psikiyatrik Bozukluklar ve Kronobiyoloji.....	21
2.3.3.	Kronotip	24
2.3.4.	OKB ve Kronobiyoloji.....	26
2.4.	DÜRTÜSELLİK	27
3.	YÖNTEM VE GEREÇLER.....	29
3.1.	HASTALAR	29
3.2.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	30
3.2.1.	Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formu	30
3.2.2.	DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I).....	31
3.2.3.	Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) 31	
3.2.4.	Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)	32
3.2.5.	Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)	32
3.2.6.	Sabahlılık-Akşamlılık Ölçeği	32
3.2.7.	TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire).....	33
3.2.8.	Barratt Dürtüsellik Ölçeği- 11 (BIS-11)	33
3.3.	İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	34
4.	BULGULAR.....	35
4.1.	SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	35
4.2.	KLİNİK ÖZELLİKLER.....	36
4.3.	AFEKTİF MİZAÇ	37
4.3.1.	OKB Tanılı Hasta Grubunda Afektif Mizaç Özellikleri ile Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki	39
4.4.	KRONOBİYOLOJİ.....	42

4.4.1. OKB tanılı Hasta Grubunda Kronotipler ile Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki.....	42
4.5. AFEKTİF MİZAÇ, KRONOBİYOLOJİ VE DÜRTÜSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİLER	43
5. TARTIŞMA	45
5.1. AFEKTİF MİZAÇ	45
5.2. KRONOBİYOLOJİ.....	49
5.3. AFEKTİF MİZAÇ, KRONOBİYOLOJİ VE DÜRTÜSELLİK İLİŞKİSİ	51
5.4. ÇALIŞMANIN ÜSTÜNLÜKLERİ VE SINIRLILIKLARI.....	52
6. SONUÇLAR	54
7. KAYNAKLAR	55

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Örneklemin sosyodemografik özellikleri	35
Tablo 2. Hasta grubuna ait klinik özellikler	36
Tablo 3. OKB tanısı alan hastaların kullandıkları ilaçlar N (%)	37
Tablo 4. OKB tanısı alan hastalar ve sağlıklı kontrol grubunun afektif mizaç puanları açısından karşılaştırılması.....	38
Tablo 5. OKB tanısı alan hastalar ve sağlıklı kontrol grubunun afektif mizaç tipleri açısından karşılaştırılması.....	39
Tablo 6. YBOC-S puanları ile Anksiyete, Depresyon, Dürtüsellik ve Afektif Mizaç puanları arasındaki ilişki.....	40
Tablo 7. Depresyon ve Anksiyete ile Dürtüsellik ve Afektif Mizaç puanları arasındaki ilişki	41
Tablo 8. OKB tanısı alan hastalar ve sağlıklı kontrol grubunun kronotipler açısından karşılaştırılması	42
Tablo 9. Dürtüsellik ile Afektif Mizaç puanları arasındaki ilişki	43
Tablo 10. Afektif mizaç tiplerinin birbirleri arasındaki ilişki.....	44

KISALTMALAR

OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OCD	: Obsessive Compulsive Disorder
YBOC-S	: Yale Brown Obsession Compulsion Scale
TEMPS-A	: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego- Autoquestionnaire
CRH	: Corticotropine releasing hormone
DHEA	: Dihidroepiandrosteron
DHEA-S	: Dihidroepiandrosteron sülfat
ACTH	: Adrenocorticotropin hormone
PET	: Pozitron emisyon tomografisi
fMRI	: İşlevsel manyetik rezonans görüntüleme
SPECT	: Tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi
BOS	: Beyin omurilik sıvısı
5HIAA	: 5- hidroksi indol asetik asit
5HT	: 5- hidroksitriptamin
mCCP	: Metaklorofenilpiperazin
MRS	: Manyetik rezonans spektroskopisi
SCN	: Suprakiazmatik nukleus
GUFTUB	: Gecikmiş uyku fazı tipi uyku bozukluğu
BAB	: Bipolar afektif bozukluk

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALAN HASTALARIN AFEKTİF MİZAÇ, KRONOBİYOLOJİ VE DÜRTÜSELLİK AÇISINDAN İNCELENMESİ

ÖZET

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kişinin hayatında belirgin sıkıntıya neden olan, kişinin olağan günlük işlerinde, mesleki, sosyal işlevselliğinde belirgin ölçüde bozulmaya yol açan psikiyatrik bozukluklardan biridir. OKB' nin tedavisinde belirgin ilerlemeler olmasına karşın, hastaların önemli bir kısmında tedaviye yanıt zayıftır. Yapılan çalışmalarda duygudurum bozukluklarını da içeren komorbid psikiyatrik hastalıkların OKB prognozunu olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Afektif mizaç özelliklerinin duygudurum bozukluklarının eşik altı belirtileri ve öncülleri olduğu düşünülmekle birlikte OKB hastalarındaki sıklığı ve etkisi yeterince bilinmemektedir. Literatürde duygudurum bozuklukları ile sirkadyen ritim düzensizlikleri ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi destekleyen çok sayıda veri bulunmaktadır. Buna karşın kronobiyojik tercihlerin OKB ve OKB ye eşlik eden afektif mizaç ve duygudurum bozuklukları ile ilişkisi yeterince bilinmemektedir. Bizim çalışmamızın amacı OKB tanısı ile takip edilen hastalarda afektif mizaç, kronobiyoji ve dürtüsellik düzeylerini değerlendirmek ve bu faktörlerin OKB hastaları üzerindeki klinik etkisini incelemektir.

Araştırmamız obsesif kompulsif bozukluk tanısı ile takip edilen ve en az 12 hafta süre ile ilaç tedavisi alan hastalar (n=76) ve sağlıklı kişiler (n=55) üzerinde yürütüldü. Obsesyon ve kompulsyonların klinik şiddetini değerlendirmek için YBOC-S, afektif mizaç özelliklerini değerlendirmek için TEMPS-A, kronobiyojik tipleri değerlendirmek için Sabahlılık Akşamhılık Ölçeği, dürtüsellik düzeyini değerlendirmek için Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, anksiyete düzeylerini değerlendirmek için Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, depresyon düzeylerini değerlendirmek için Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği kullanıldı.

Çalışmamız sonucunda OKB hastalarında sağlıklı gruba göre depresif, siklotimik, iritabl ve anksiyöz mizaç puanları yüksek bulundu. Hipertimik mizaç puanları açısından fark saptanmadı. Tedavi ile remisyona girmeyen OKB hastalarında remisyona girenlere göre depresif, siklotimik, iritabl ve anksiyöz mizaç puanları artmış olarak bulundu. OKB hastalarında sağlıklı gruba göre sabahçıl olan kişilerin oranı daha düşük, akşamcıl olanların oranı daha yüksek saptandı. İki grup arası kronotip açısından farklılık istatistik olarak anlamlılığa yakındı. Kronobiyojik tipler arasında OKB hastalarına eşlik eden anksiyete, depresyon ve tedavi ile remisyona girme oranı açısından farklılık saptanmadı. OKB hastalarında afektif mizaç özelliklerinin, dürtüsellik ve kronobiyojik farklılıkların tedaviye yanıt üzerindeki etkisinin anlaşılması tedaviye yetersiz yanıt veren hastalarda yeni tedavi modalitelerinin gelişimi açısından bir basamak olabilir.

INVESTIGATION OF AFFECTIVE TEMPERAMENTS, CHRONOBIOLOGY AND IMPULSIVITY IN PATIENTS WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

ABSTRACT

Obsessive compulsive disorder (OCD) is one of the psychiatric disorders which can cause distress and decrease in functionality regarding daily, occupational and social functionality in individuals. However there have been an advancement in the treatment of OCD, there is an important part of patients which shows a poor response to the treatment. It is well known that comorbid psychiatric disorders such as mood disorders have negative effects on the prognosis of OCD. Although affective temperaments are accepted as the subsyndromal symptoms and precursors of mood disorders, the frequencies and the impacts on OCD are not well understood. There is a body of evidence which supports the association between circadian rhythm disturbances, impulsivity and mood disorders in literature. In contrast there is limited data concerning the effects of chronobiological preference among the patients with OCD and OCD comorbid mood disorders and affective temperaments. The aim of this study is evaluating the presence and clinical effects of affective temperaments, chronotype differences and impulsivity on the patients with OCD.

The research was performed in patients with OCD which have been undertreatment at least for 12 weeks (n=76) and healthy controls (n=55). Yale Brown Obsession Compulsion Scale to assess the severity of OCD, TEMPS-A to assess affective temperaments, Morningness and Eveningness Questionnaire to assess the chronotype, Barrat Impulsiveness Scale to assess impulsivity, Hamilton Anxiety Rating Scale and Hamilton Depression Rating Scale were used in this study.

There were higher scores in depressive, cyclothymic, irritable and anxious temperaments in patients with OCD compared to the healthy group. There was no difference in hyperthymic temperament scores. There were significant differences in patients with remission and not remission in depressive, cyclothymic, irritable and anxious temperaments. Also morningness chronotype was less frequent and eveningness type was more frequent in patients with OCD. The result of this difference was close to the statistical significance. The OCD patients didn't differ from comorbid anxiety, depression and remission levels according to the chronotype. Understanding the effects of affective temperaments, impulsivity and chronotype differences on the outcome of patients with OCD, may provide developing new treatment approaches in especially treatment resistant OCD patients.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif–kompulsif bozukluk(OKB) obsesyon ya da kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregelen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir bozukluktur(1). Obsesyonlar kişide belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtü ya da düşlemler olarak tanımlanmaktadır. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir. Kişi bu düşünce, dürtü ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür ve bunlara önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır. Kompulsiyonlar kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler sıkıntıdan kurtulmaya, 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. Bu bozukluğun gidişi sırasında bazı dönemler kişi obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Obsesyon ve kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki, sosyal işlevselliğini önemli ölçüde bozar (2).

OKB'nin tedavisinde belirgin ilerlemeler olmasına rağmen, hastaların kayda değer bir kısmında tedaviye cevap zayıftır. OKB hastalarının %37-63'ünde ilaç tedavisi ile önemli bir düzelme sağlanamadığını bildirilmiştir (3). Tedavi başarısı ya da başarısızlığı ile ilişkili prognostik değişkenlerin tanımlanması, tedavi programlarının değiştirilmesine yol açabilecektir. Bugüne kadar bu konu ile ilgili yapılmış olan OKB' de tedaviye cevap ile ilgili çalışmaların sonuçları yeterince net değildir.

Obsesif kompulsif bozukluk ile diğer psikiyatrik bozuklukların birlikteliği sık gözlenmektedir. Birçok çalışmada obsesif kompulsif bozukluk hastalarında %50 ile %60 oranda komorbidite bildirilmektedir (4). Obsesif kompulsif bozuklukta en sık görülen komorbid bozukluklar depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (5). Son yıllarda yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalar OKB hastalarında yaşam boyu komorbid bipolar bozukluğun %21.5 a varan oranlarda olduğunu göstermektedir(6). Yapılan

Çalışmalarda duygu durum bozukluklarını da içeren komorbid psikiyatrik hastalıkların OKB prognozunu olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir(7).

İnsanoğlunun farklı mizaç özelliklerinin olduğu Hipokrat zamanından bu yana bilinmektedir. 1921’de Krapelin afektif mizaç (affective temperament) ile afektif patoloji arasında bir srekliplik önermiştir. Akiskal afektif mizacın duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve depresif, hipertimik, siklotimik, sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizaç olmak üzere beş temel afektif mizaç tanımlamıştır (8). Güncel araştırma bulguları özgül afektif mizaç tiplerinin (depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz) minör ve majör duygudurum bozukluklarının subsendromal (genetik özelliklerle ilişkili) belirtileri ve sıklıkla öncülleri olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda duygudurum bozuklukları, şizofreni ve anksiyete bozukluğu gibi çeşitli nöropsikiyatrik bozukluklar anormal uyku ve sirkadiyen ritm ile ilişkili bulunmuştur. Klinik gözlemler ve birtakım ampirik çalışmalarda geciken uyku vakitlerinin OKB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(9). OKB hastalarında meydana gelen hormonal düzensizlik (kortizol, CRH, DHEA, DHEA-S, ACTH, büyüme hormonu, vazopressin, oksitosin, melatonin gibi hormon düzeylerinin bozulması), bazı OKB hastalarında görülen gecikmiş uyku fazı ve bozulan sirkadyen ritmi tekrar düzenlediği bilinen agomelatinden bazı dirençli OKB hastalarının fayda görmesi OKB de anormal sirkadyen ritmin patofizyolojide rol oynayabileceğini düşündürmektedir(10).

Bu çalışmada amacımız obsesif kompulsif bozukluk hastalarının klinik bulguları ile afektif mizaç ve kronobiyolojik açıdan farklılıklarını kendi aralarında ve kontrol grubuyla karşılaştırarak incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kişinin sosyal ve mesleki işlevlerinde belirgin yeti yitimi ile sonuçlanan, rahatsız edici, benliğe yabancı, yineleyici ve bunaltı oluşturan düşünceler (obsesyon) ve bunaltıyı gidermek için yapılan yineleyici davranış ya da zihinsel eylemlerle (kompulsiyon) tanımlanan psikiyatrik bir bozukluktur(2).

2.1.1. Epidemiyoloji

Hafif derecede belirtileri olan hastaların çoğu doktora başvurmadağı, bir kısmı hastalıklarını gizlediğı için hastalığın gerçek sıklığını ve yaygınlığını saptamak kolay olmamaktadır. OKB' nin yaygınlığı ile yapılan eski çalışmalar, klinik verilere dayandığından, bozukluğun oldukça nadir olduğunu belirtmekteyken, A.B.D ve Kanada 'da yapılan epidemiyolojik araştırmalar sıklığın nadir olmadığını göstermiştir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre OKB' nin yaşam boyu prevelansı % 2,5-3 olarak saptanmış ve majör depresyon, fobiler, alkol/ ilaç kullanımından sonra dördüncü sıklıkta görülen ruhsal bozukluk olduğu bildirilmiştir. A.B.D. araştırmaları görülme sıklığı bakımından erkek ve kadın arasında belirgin bir fark olmadığını göstermektedir(11).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında ise 12 aylık bir sürede OKB' nin genel toplumda görülme oranı % 0,5 olarak saptanmış; kadınlarda görülme sıklığının (% 0,6) erkeklere oranla (% 0,2) 3 kat fazla olduğu bildirilmiştir(12).

Obsesif kompulsif bozukluk genellikle genç yaşta başlamaktadır. Erkeklerde kadınlardan daha erken yaşta başladığı gösterilmiştir(13).

Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 22-35 yaş arası olarak bildirilmekle birlikte(14), çoğu bireyin belirtiler başladıktan ortalama 17 yıl sonra uygun tanı ve tedaviyi aldığı düşünülmektedir(15).

2.1.2. Etyoloji

OKB etiyopatogenezinde genetik, nörobiyolojik ve psikolojik etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Nörobiyolojik etkenler arasında nöroanatomik, nörokimyasal ve nöroimmunolojik değişikliklerin OKB gelişiminde etkili olduğu

gösterilmiştir. Psikolojik etkenler içerisinde ise psikodinamik ve bilişsel-davranışsal görüşler OKB gelişimine yönelik varsayımlarda bulunmuştur(16-19).

2.1.2.1. Genetik

OKB ile ilgili genetik araştırmalar; aile ve ikiz çalışmaları, segregasyon çalışmaları, bağlantı (linkage) ve moleküler genetik çalışmaları içermektedir.

Yapılan aile araştırmalarında, OKB probandlarının ailelerinde kontrol grubu ailelerine göre 3-5 kat daha yüksek oranda OKB veya obsesif kompulsif semptomlar olduğu bildirilmiştir. OKB’ de ikiz çalışmalarından elde edilen veriler, dizigot ikizlere göre monozigot ikizlerde konkordans oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir(11).

2.1.2.2. Nöroanatomi

OKB nin nörolojik temeline dair ilk tanımlamalar, influenza enfeksiyonuna bağlı bazal gangliyon hasarı gelişen hastalarda kompulsif tarzda motor tikler ve ritüel benzeri davranış paternlerinin gözlemlenmesi sonucu ortaya çıkmıştır(20).

Yapılan çalışmalarda hem insanlarda ve hem hayvan modellerinde bazal gangliyon hasarı sonucu kompulsiyon benzeri hareketlerin ortaya çıkması; Tourette sendromu, Sydenham koresi, Huntington koresi ve Parkinson hastalığı gibi striatal tutulum gösteren nörolojik hastalıklarda OKB semptomlarının görülmesi, bu bölgedeki bir patolojinin etyolojide rol oynayabileceğini düşündürmüştür(21-23).

Yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmaları her zaman birbiri ile uyumlu olmamakla birlikte bazal gangliyon ve frontal patolojileri düşündürmektedir(24).

Bazı yapısal beyin görüntüleme araştırmaları kortiko-striatal-talamik-kortikal ağlarda azalmış volüm ve artmış gri madde dansitesi olduğunu göstermiştir(25).

Pozitron emisyon tomografisi (PET), işlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ve tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) gibi işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında ise orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks ve kaudat çekirdekte beyin aktivitesinin arttığı saptanmıştır(26).

2.1.2.3. Nöroimmunoloji

Beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının ardından hastaların % 10-30 kadarında

Sydenham koresi gelişmekte ve bu hastaların bazılarında OKB belirtileri ortaya çıkmaktadır. Her iki hastalığın beyindeki yerleşimlerinin yakın olması bu iki hastalık arasında bir ilişki var mı sorusunu gündeme getirmişse de, yapılan çalışmalarda bu ilişki tam olarak gösterilememiştir(27).

2.1.2.4. Nörokimyasal faktörler

Serotonin hipotezi:

Serotonerjik nöronlar vertebralılarda nöronal şebekede bütünleyici bir işlev grrleri. Koordine edici ve düzenleyici bir rol oynamakla birlikte ayrı bir duysal, motor veya otonomik fonksiyonları yoktur. Serotonerjik nöronlar duygudurum ve özsaygıyı dengede tutarlar, cevap verme latansını (yani impulsiviteyi) düzeltirler, uygunsuz agresyonu bastırırlar ve sosyal davranışı kolaylaştırırlar. n beyindeki serotonerjik aktivitenin azalması; artmış irritabilite, labil duygudurum, stresle başa çıkma yetisinde azalma, heyecan arama-risk alma davranışı ve kendine ve dışarıya yönelik agresyonla birlikte(28).

OKB etyolojisinde serotonin nörotransmitter sisteminin rol oynadığına dair ilk görüşler ilaç gözlemlerine dayanmaktadır. Serotonin mekanizmasına dair en eski kanıt, serotonin geri alım inhibisyonu yapan trisiklik antidepresan klomipraminin obsesif kompulsif bozuklukta etkin olduğunun gösterilmesi ile ortaya çıkmıştır(25).

Klomipramin ve fluoksetinin yalnızca noradrenalin geri alım blokajı yapan desipramin ile karşılaştırılması sonucunda desipraminin plasebodan farksız bulunması antiobsesyonel etki için serotonin inhibisyonunun gerekli olduğunu dşndrmştir(29).

Yapılan beyin omurilik sıvısı (BOS) alışmalarında, serotonin metaboliti olan 5 hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin OKB hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunması ve klomipramin sonrası OKB hastalarında beyin omurilik 5-HIAA düzeylerinde azalma saptanması serotoninin OKB patogeneğinde rol oynayabileceği görüşünü desteklemiştir(30, 31).

BOS çalışmalarının aksine OKB' deki kan serotonin ve platelet serotonin incelemeleri gibi diğer periferik serotonin araştırmaları anlamlı bir sonuçla neticelenmemiştir(32).

Dinamik serotonin ölçüm çalışmalarında ise; 5 hidroksitriptamin (5-HT) agonisti olan metaklorofenilpiperazin (mCCP) uygulanması OKB semptomlarında artışa ve nöroendokrin bir yanıtı açmış, serotonin geri alım inhibitörü ile tedavi sonrası ise mCCP ile ortaya çıkan nöroendokrin ve davranışsal yanıt normale dönmüştür. Bu sonuç OKB etyolojisinde serotonin subreseptörlerinin rolü ile ilgili soruları akla getirmiştir. mCCP' nin etkisi postsinaptik 5HT_{2C} reseptörü ile ilişkili olabilir. Ayrıca yapılan klinik, farmakolojik, genetik ve görüntüleme çalışmaları 5HT_{1D} reseptörünün OKB etyolojisindeki rolüne dikkat çekmektedir. Yine orbitofrontal kortekste 5HT_{1D} terminal otoreseptör desensitizasyonu daha uzun süre ve daha yüksek doz serotonin geri alım inhibitörü gereksinimi ile ilişkilendirilmiştir(25).

Dopamin hipotezi

OKB hastalarının sıklıkla tek başına serotonin geri alım inhibitörlerine cevabının kısmi olması, BOS metabolitleri ve farmakolojik çalışmaların sonuçlarının tutarsız olması başka nörokimyasal sistemlerin rolüne dikkat çekmiştir(33).

Klinik öncesi çalışmalarda dopamin agonisti ajanların stereotipik hareketlere yol açtığı ve insanlarda OKB' ye bağlı tikleri arttırdığı gözlenmiştir. Aksine dopamin blokerlerinin OKB ile ilişkili bozukluklardan Tourette sendromunun tedavisinde kullanılması ve tedaviye dirençli OKB hastalarında fayda sağlaması dopamin hipotezini güçlendirmiştir(25).

Bununla birlikte bazal ganglionlarda dopamin ve serotonin sistemleri arasında işlevsel bağlantıların bulunması ve bu bölgeyi etkileyen dejeneratif veya enfeksiyöz hastalıklarda obsesif kompulsif belirtilerin gözlenmesi OKB' de dopaminin rolünü destekleyen bulgulardır. Genel olarak dopaminin prefrontal korteks ile amigdala arasındaki ilişkiyi düzenlemedeki etkinliğinin obsesif kompulsif belirtilere aracılık ettiği düşünülmektedir(34).

Glutamat hipotezi:

Glutamat merkezi sinir sisteminin temel eksitatör nörotransmitteridir. Yapılan manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) çalışmalarında kortiko-striato-talamik-kortikal ağlarda glutamat ve ilişkili moleküllerin düzeyi araştırılmış ve OKB hastalarında bu yollarla glutamat düzensizliği olduğuna dair veriler elde edilmiştir. Ayrıca her ne kadar plasebo kontrollü çalışmalarda etkinliği tam olarak gösterilememişse de riluzol,

memantin, N-asetilsistein ve D-sikloserin gibi glutamat nörotransmitter sistemine etki eden ajanların tedavide faydalı olduğunu gösteren vaka bildirimlerinin olması etyolojide glutamatın rol oynadığı görüşünü desteklemektedir(35).

2.1.3. Klinik Özellikler

OKB' nin klinik tablosunda üç önemli bileşen mevcuttur. Birincisi, kişide tekrarlayıcı ve zorlayıcı nitelikte düşünce, imaj ve dürtüler (obsesyonlar) mevcuttur. İkinci olarak kişi bu düşünce ve eylemleri bilişsel ve davranışsal olarak kontrol etme çabası (kompulsiyonlar) göstermektedir. Üçüncü olarak kişi obsesyonların kendisinden kaynaklandığını ve içsel orijinli olduğunu bilir fakat belirtilerden rahatsızdır yani belirtiler ego-distoniktir(36).

OKB hastalarının çoğunda (%75) obsesyonlar ve kompulsiyonlar birlikte gözlenmektedir. Ancak tek başına obsesyonlar (%9-29) ya da tek başına kompulsiyonlarla (%11-31) seyreden klinik tablolar da mevcuttur(37-39).

Hastaların önemli bir kısmında birden fazla obsesyon (%33-60) ve birden fazla kompulsiyon (%38-48) bir arada bulunmaktadır(39, 40).

Obsesyonlar ve kompulsiyonların klinik görünümleri çok çeşitli olabilir.

En sık görülen obsesyonlar %25-55 görülme oranıyla kirlenme-bulaşma obsesyonlarıdır. Bu kişiler mikrop, pislik, idrar, meni vb. bulaşmasından endişe duyarlar(41).

Kirlenme obsesyonuna sıklıkla kişinin bulaştırıcı olduğunu düşündüğü nesnelere karşı kaçınma davranışı ya da obsesyonlardan kaynaklanan endişeyi gidermek için temizlik kompulsiyonu eşlik eder.

Kuşku obsesyonları en sık görülen ikinci obsesyondur. Genellikle kontrol etme-denetimleme kompulsiyonları ile birlikte gözükür. Kontrol kompulsiyonları en sık görülen kompulsiyon türüdür. Hasta, kapı, çeşme, elektrik, havagazı musluğu ve benzeri nesneleri kapatıp kapatmadığından kuşku duyar. Ortaya çıkan kontrol kompulsiyonları bazen saatlerce sürebilir.

Saldırganlık obsesyonları kendisine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama ya da çeşitli şekillerde zarar verme düşünceleri biçiminde ortaya çıkan bir başka obsesyon türüdür. Kendine dönük saldırganlık obsesyonları arabaların önüne atlama,

kendini pencereden aşağı atma düşünceleri ile kendine zarar vermekten korkma şeklinde ortaya çıkabilir. Obsesyonlarla mücadele etmek için kişiler, bıçak, makas gibi sivri nesnelerden, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan, yüksek yerlerden kaçınırlar. Sıklıkla anlatma, sorma, kontrol etme kompulsiyonları obsesyonlara eşlik eder. Saldırganlık obsesyonu saptanan hastaların %68' inde cinsellik obsesyonları saptanmıştır(42).

Cinsel içerikli obsesyonlar kişi için sıklıkla utanç verici ve kabul edilemez nitelikteki cinsel düşünceleri içerir. Kişi kendisine ters gelen, aykırı bireylerle cinsel ilişkiye girdiği düşüncesine ya da imgelerine sahip olabilir.

Ülkemizde batı toplumlarına göre daha sık görüldüğü bildirilen en bunaltıcı obsesyonlardan biri de dinsel obsesyonlardır. Kişide kutsal değerlere yönelik hürmetsizlik düşünceleri ve günah işleyip dinden çıkma kaygıları izlenir(43).

Saldırganlık, dini ve cinsel içerikli obsesyonları olan hastalarda yoğun suçluluk duyguları gözlenebilir, bu hastalar öz kıyım riski açısından dikkatli değerlendirilmelidir.

Simetri obsesyonları ise, nesne ve olayların belirli bir düzen ve konumda olması, eşyaların tam bir simetrik düzen içerisinde yer alması ile ilgilidir. Bu obsesyonlara düzeltme, sıraya koyma, yapma bozma, sayma gibi kompulsif davranışlar eşlik edebilir. Günlük işleri yaparken yavaşlama ve fazla zaman harcama tabloda dikkat çekebilir(44).

Kişinin kendi için maddi ya da manevi değeri olmayan bir takım nesne ve eşyaları saklama, biriktirme gereksinimi duyması ve bu nesneleri atmaya, elden çıkarmaya dönük yoğun kaygılar yaşaması biriktirme obsesyonu ve kompulsiyonu olarak adlandırılır(45).

Yine tabloya birşeyin yanlışlıkla atılmadığından veya kaybolmadığından emin olmak için kontrol etme kompulsiyonları eşlik edebilir.

Bedensel görünümüne dair aşırı uğraşı ya da ölümcül bir hastalığı olduğuna dair düşünceler şeklinde ortaya çıkan somatik obsesyonlar diğer sık görülen obsesyonlar arasındadır. Sıklıkla bu obsesyonlara kontrol ve güvence arama ritüelleri eşlik eder(36).

2.1.4. Tanı Ölçütleri

OKB, yapılandırılmış sınıflandırmalara 1980'de yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-III) ile girmiştir. DSM-III-R'da (1987) ise günlük

yaşamı kesintiye uğratan en az bir saat süren obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanmıştır.

DSM-IV-TR'de (2000) ise aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder (Not: Bu çocuklar için geçerli değildir).

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

D. Baska 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; Hipokondriazisin 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 getirircesine düşünme).

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

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü Az Olan: O sıradaki epizoda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

Yakın zamanda yayınlanan DSM-V sınıflamasında ise OKB “Anksiyete Bozuklukları” başlığından çıkarılıp “ Takıntı Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar” altında sınıflandırılmıştır. Bu ana başlık altında: OKB, Vücut Dismorfik Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu), Deri Yolma Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bir Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve ilişkili Bozukluk ve Tanımlanmamış Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve ilişkili Bozukluk yer almaktadır.

DSM-V’ te obsesyonlar ile ilgili olarak:

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

-“Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir)” maddeleri kaldırılmıştır.

Kompulsiyonlar ile ilgili olarak ise;

-“Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder (Not: Bu çocuklar için geçerli değildir)” kriteri yeni sınıflamaya dahil edilmemiştir.

Ayrıca içgörü ile ilgili olarak yeni bir sınıflama kriterlere eklenmiştir.

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığının ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımıdadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısıl inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Son olarak:

“Tikle İlişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır” maddesi yeni sınıflamada yer almaktadır.

OKB, Dünya Sağlık Örgütü’ nün (WHO) yayınladığı Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Disease, ICD–10) ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırmasında F–42 kodu ile yer almıştır.

ICD-10’ a göre OKB tanı ölçütleri şu şekildedir (27):

Obsesyonel belirtiler veya kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste 2 hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

- a. Bunlar, kişinin düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.
- b. Bu düşünceler ya da hareketlerden en az birine karşı, kişi, direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler veya hareketler bulunabilir.
- c. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur.)
- d. Düşünceler, imgeler ve dürtüler, rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

ICD-10’ da OKB ile ilgili alt başlıklar şunlardır:

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

F42.1 Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip

F42.2 Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip

F42.8 Başka obsesif kompulsif bozukluklar

F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

2.1.5. Tedavi

OKB tedavisinin ilk basamağında bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) yer almaktadır. Tedaviye BDT ya da SSGI ile mi yoksa birlikte mi başlanacağı kararına, hastanın semptomlarının türüne ve şiddetine, eşlik eden psikiyatrik ya da tıbbi bir durumun varlığına, varsa bunların tedavilerine, hastanın geçmiş tedavi öyküsüne, güncel ilaç kullanımına, hastanın tercih ve kapasitelerine bakılarak verilmesi önerilmektedir.

Bilişsel davranışçı terapi de alıştırma (exposure) ve tepki önlenmesi (response prevention) OKB hastalarının tedavisinde kullanılan ve faydalı olduğu gösterilmiş ana davranışçı yöntemlerdir(46).

Yapılan farmakolojik çalışmalara bakıldığında; birkaç metaanaliz çalışmasında klomipraminin OKB hastalarında daha etkili olduğu gösterilmesine rağmen son zamanlarda yapılan birebir karşılaştırma çalışmalarında, etkinlik açısından klomipramin ile SSGI' lar arasında belirgin bir fark bulunmamış ama tolerabilite açısından SSGI'ların daha güvenli bir yan etki profiline sahip olduğu gösterilmiştir(47).

SSGI'ları kendi aralarında karşılaştıran birebir çalışmalar sınırlı olsa da yapılan araştırma sonuçlarında etkinlik açısından SSGI lar arasında belirgin bir fark saptanmamıştır(48).

Tedaviye dirençli olgularda SSGI tedavisine düşük doz dopamin antagonistlerinin eklenmesinin faydalı olduğu gösterilmiştir(15).

Güçlendirme tedavilerine yanıt alınamayan hastalarda intravenöz klomipramin, elektrokonvulsif tedavi, transkraniyal manyetik stimülasyon, derin beyin stimülasyonu, cerrahi singulatomı önerilen diğer tedavi seçenekleri arasındadır(46).

2.1.6. OKB' de tedaviye direnç ile ilgili tanımlamalar

OKB' de tedaviye direnç ile ilgili farklı tanımlamalar mevcuttur. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) toplam skorunda tedavi sonrası %35 ve daha fazla düşüş olması ya da Klinik Global İzlem-iyileşme (CGI) alt ölçeğinin 1-2 olması "tedaviye yanıt" olarak kabul edilirken, YBOC-S toplam puanında %25-35 arası düşme olması "kısmi yanıt", %25'ten az düşme olması ise "yanıtsızlık"

olarak adlandırılmaktadır. YBOC-S puanının 16' dan düşük olması "remisyon", remisyon sonrası YBOC-S puanında %25 ve üzeri puan artışı ya da CGI-hastalık şiddeti puanının 6 olması ise "relaps" olarak kabul edilmektedir. YBOC-S'un 8' den az olması "iyileşme (recovery)" olarak ifade edilirken; yapılabilecek tüm tedavilere yanıtızlık ise "tedaviye direnç (refractory)" olarak tanımlanmıştır(49).

2.1.7. OKB'de Eş Tanı

Ek psikiyatrik bozukluklar OKB hastalarında eş zamanlı ya da yaşamlarının herhangi bir döneminde sıklıkla ortaya çıkmaktadır(50).

Yapılan araştırmaların büyük bir bölümünde %50 oranında I. eksen bozukluğunun ve %40 oranında II. eksen bozukluğunun OKB' ye eşlik ettiği saptanmıştır(51).

OKB hastalarına eşlik eden komorbid eksen I bozuklukları gruplar halinde değerlendirildiğinde, en sık görülen komorbid ruhsal bozukluk gruplarının duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olduğu belirtilmiştir(52).

Major depresif bozukluk (MDB) obsesif kompulsif bozukluğa eşlik eden I. eksen tanılarından en sık görülenidir. Major depresyon ile yaşam boyu birliktelik % 65, eş zamanlı birliktelik %30 olarak saptanmıştır(53).

Denys ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada MDB sıklığı OKB hastalarında sağlıklı popülasyona göre on kat sık bulunmuşken yine yapılan başka bir çalışmada OKB hastalarının %60-80 ine varan kısmında yaşamlarının bir döneminde depresyon geçirdikleri saptanmış, çoğu çalışmada da OKB hastalarının en az üçte birinin değerlendirme esnasında eş zamanlı MDB' si olduğu bildirilmiştir(54).

OKB hastalarında eşlik eden diğer anksiyete bozuklukları önemli bir oranda gözlenmektedir.

Yapılan çalışmalar, OKB' de bir başka anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığını %40-60 olarak bildirmektedir(53).

DSM-IV'e göre OKB tanısı almış 409 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, en sık görülen komorbid hastalık grubunun anksiyete bozukluğu (%41.7) olduğu bildirilmiş ve bunu duygudurum bozukluklarının (%29.5) izlediği belirtilmiştir. Yazında yer alan çeşitli çalışmalarda en sık görülen komorbid anksiyete bozukluğu hakkında birbirleriyle uyuşmayan sonuçlar mevcuttur(52).

Tükel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, OKB' de %17,7 oranında basit fobi, %15,6 oranında sosyal fobi, %12,2 oranında yaygın anksiyete bozukluğu ve %9,5 oranında panik bozukluk görüldüğü bildirilmiştir(55).

Karno ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise OKB hastalarında yaşam boyu fobik bozukluk yaygınlığı %46, panik bozukluk yaygınlığı ise %13,8 olarak saptanmıştır(56).

OKB' nin unipolar depresyon ile beraberliği olduğu gibi bipolar bozuklukla da birlikteliği görülmektedir(57).

Yapılan çalışmalara göre OKB ile bipolar bozukluk komorbiditesinin sıklığı %2,7 ile %17,7 arasında değişmektedir(58). Eş tanıli bipolar bozukluğun, epizodik gidiş gösteren OKB olgularında daha sık görüldüğü bildirilmiştir(59).OKB hastalarının bipolar bozukluk açısından, depresyon hastalarına göre 1,7 kat artmış riske sahip olduğu saptanmıştır(60).

OKB ile birlikte görülme sıklığı nispeten daha az olan diğer eksen I eş tanıları ise beden dismorfik bozukluğu, yeme bozuklukları, hipokondriyazis ve trikotillomani olarak sayılabilir(44).

Eksen II kişilik bozukluklarının da OKB ile sıkça birliktelik gösterdiği izlenmektedir. Özellikle C kümesi kişilik bozukluklarının, A ve B kümesi kişilik bozukluklarına göre OKB hastalarında daha sık rastlanıldığı bilinmektedir(4).

2.1.8. Prognoz

OKB' de klinik seyir değişken olmakla birlikte tipik olarak dalgalı ve kronik bir seyir gözlenmektedir(15). Bazı hastalarda bozukluk dönemsel alevlenmelerle (epizodik) seyredebilir. Hastaların %20-30' unda semptomlarda belirgin düzelme izlenirken, %40-50' sinde orta düzeyde düzelme, % 20-40'ında ise değişmeden kalma ya da kötüleşme bildirilmektedir(61).

Günümüzde SSGI' lar OKB da ilk seçenek olarak gösterilmesine rağmen hastaların ancak %40-60' ının tedaviye cevap verdiği bilinmektedir(62).

Tedaviye cevap ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış; cinsiyet, başlangıç yaşı, hastalık süresi, tiklerin varlığı, şizotipal ve borderline kişilik bozukluğu başta olmak

üzere eşlik eden kişilik bozukluğunun tedavi cevabı ile ilişkisi araştırılmıştır. Ancak yapılan çalışmalar çelişkili sonuçlar içermektedir(63).

Mataix- Cols ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada biriktirme obsesyon ve kompulsiyonlarının varlığı SSGI' lara kötü yanıt prediktörü olarak saptanmıştır(64).

Çocukluk çağında başlangıç gösteren OKB' nin erkeklerde daha sık görüldüğü, daha çok ailesellik gösterdiği ve tik bozuklukları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(25).

Erken başlangıçlı OKB' nin de tedaviye yanıtının daha zayıf olduğunu belirten araştırmalar olmakla birlikte kimi yayınlar geç başlangıçlı OKB' ler ile arasında fark olmadığını belirtmektedir(65).

2.1.9. Komorbid Duygudurum Bozukluklarının Prognosa Etkisi

OKB' nin duygudurum bozukluklarıyla komorbiditesinin klinik özellikleri, prognozu ve tedavi sonucunu güçlü bir şekilde etkilediği bilinmektedir(54).

OKB' ye eşlik eden depresyonun da obsesif kompulsif belirtilerin süreğenliği, hastalık şiddeti ve kötü prognoz ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca komorbid depresyonun OKB hastalarının hastaneye yatış ve intihar girişimi sayısını arttırdığı saptanmıştır. Komorbid depresyonu olan hastaların, olmayanlara göre, yaygın anksiyete bozukluğu ile de daha çok birliktelik gösterdiği ve kafein kötüye kullanımının daha fazla olduğu gösterilmiştir(58).

Vakaların çoğunda depresyonun OKB' den sonra ortaya çıkması, depresyonun OKB' nin yarattığı sıkıntı ve işlevsellikte bozulma ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Depresyonun kompulsiyonlardan çok obsesif belirtilerle ilişkili olduğu gözlenmiştir(54).

Yapılan araştırmalar komorbid bipolar bozukluğun OKB' nin klinik seyrinde ve farmakolojik tedavisinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Eşlik eden bipolar bozukluğu olan OKB hastalarının daha çok epizodik seyir gösterdiği bilinmektedir. Ayrıca bu hastaların agresif/ impulsif, cinsel, dini ve şüphe obsesyonları ile kontrol, biriktirme ve düzenleme kompulsiyonlarını daha çok sergilediği saptanmıştır(54).

Perugi ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada ise Bipolar bozukluk ek tanısı olan OKB hastalarında Bipolar bozukluk ek tanısı olmayanlara kıyasla daha çok

dini ve cinsel obsesyonların olduğu, kontrol etme ritüellerinin ise daha az olduğu belirtilmiştir(66).

OKB-bipolar birlikteliği olan hastalar daha sık hospitalizasyona gerek duymakla birlikte daha karmaşık tedaviler gerektirmektedir(54).

Bipolar afektif bozukluk (BAB) komorbiditesinin OKB hastalarında unipolar depresyonda olduğu gibi diğer tanılarla komorbidite riskini arttırdığı düşünülmektedir. Bu tanılar yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk, agorafobi, alkol ve madde kullanım bozuklukları şeklinde sıralanabilir(67).

2.2.AFEKTİF MİZAÇ

Huy (mizaç) (temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramları ifade etmek için kullanılan tanımlamalardır. Mizaç; yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan, kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişim gösteren duygu, düşünce ve davranış özelliklerini ifade etmek için kullanılırken karakter; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumları, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri ifade etmektedir. Kişilik ise; genetik olarak aktarılan huyla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşimini belirtmektedir(68).

İnsanoğlunun farklı mizaç özelliklerinin olduğu Hipokrat zamanından bu yana bilinmektedir. Krapelin 1921 yılında afektif mizaç (affective temperament) ile afektif patoloji arasında bir süreklilik önermiş; depresif, manik, irritabl ve siklotimik kişiliklerin duygudurum bozukluklarına ‘kişisel yatkınlık’ (personal disposition) yaratan temel huylar olduğunu belirtmiştir(69).

Akiskal ve ark ise mizaç tanımını yeniden gözden geçirerek afektif mizaçların duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu ileri sürmüş ve depresif, hipertimik, siklotimik, sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizaç olmak üzere beş temel afektif mizacı tanımlamıştır(70, 71).

Akiskal’ e göre afektif mizaç tipleri:

Hipertimik Mizaç:

1) Erken başlangıç (<21 yaş) gösterir.

2) Nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik özellikler mevcuttur.

3) Az uyuma alışkanlığı (<6 saat/gün, hafta sonları da dâhil) söz konusudur.

4) Yadsıma (inkâr) çok fazla kullanılır.

5) Schneiderian hipomanik kişilik özellikleri mevcuttur:

- İrritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu
- Saf, kendine fazla güvenen, övünge, abartılı, gösterişli
- Gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturan
- Aşırı konuşkan
- Sıcakkanlı, insan arayan veya dışa dönük
- Aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan
- Baskılanmayan, uyaran arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan

Eşikaltı Depresif (Distimik) Mizaç:

1) Erken başlangıç (<21 yaş) gösterir.

2) Başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı, düşük şiddette depresyon söz konusudur.

3) Çok uyuma alışkanlığı (>9 saat/gün) mevcuttur.

4) Derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin) gözlenir.

5) Schneiderian depresif kişilik özellikleri yer alır:

- Ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen
- Sessiz, pasif ve kararsız
- Şüpheli, aşırı eleştiren veya şikâyet eden
- Derin derin düşünen ve endişelenen
- Vicdanlı, kendi kendini disipline eden
- Kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten

- Başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran

İrritabl Mizaç:

- 1) Erken başlangıç (<21 yaş) gösterir.
- 2) Nadiren ötimi ile birlikte kişilerde çoğunlukla karamsarlık söz konusudur (irritabl ve çabuk kızan olma).
- 3) Derin düşüncelere dalmaya meyil vardır.
- 4) Aşırı eleştiren ve şikâyet eden kişilerdir.
- 5) Aksi şakalar yaparlar.
- 6) İstenmediği halde sokulup sıkıntı veren kişilik özellikleri söz konusudur.
- 7) Disforik olma, yerinde duramama gözlenebilir.
- 8) Dürtüsel kişilik özellikleri mevcuttur.
- 9) Antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz.

Siklotimik Mizaç:

- 1) Erken başlangıç (<21 yaş) gösterir.
- 2) Nadiren ötiminin olduğu, sık, kısa döngüler söz konusudur.
- 3) Bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünümeler arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli hastalık
- 4) Öznel görünümleri şu şekildedir:
 - Letarji ya da canlılık
 - Kötümserlik ya da iyimserlik
 - Zihinsel konfüzyon ya da keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce.
 - Düşük kendine güven ya da aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı
- 5) Davranışsal görünümleri şu şekildedir:
 - Azalmış sözel dışavurum ya da çok konuşma
 - Hipersomnia ya da uyku ihtiyacının azalması

- Nedensiz sulu gözlülük ya da aşırı şakacılık
- İçedönük kendini soyutlama ya da sınırsız insan arama
- Üretkenlikte belirgin değişkenlik

Anksiyöz (Endişeli) Mizaç

- 1) Erken ve sinsi başlangıç ile birlikte kronik ve aralıklı olarak kaygı duyma eğilimi söz konusudur.
- 2) Kaygının eşlik ettiği bilişsel içerik söz konusudur.
 - Sıradan, önemsiz konular hakkında önlenemez endişe
 - Nedensiz güvensizlik hissi
 - Bir felaket, aksilik olacakmış hissi
 - Tetikte olma
 - Gevşeyememe
- 3) Otonomik uyarılma belirtileri mevcuttur.
 - Gerginlik
 - Gastrointestinal huzursuzluk
- 4) Davranışsal belirtileri şu şekildedir:
 - Titrek, huzursuz, yerinde duramayan ve irritabl

Yapılan araştırma bulguları özgül afektif mizaç tiplerinin minör ve majör duygudurum bozukluklarının eşik altı (subsendromal) belirtileri ve sıklıkla öncülleri olduğunu göstermektedir. Populasyonun % 20' sinde belirgin bir afektif mizaç olduğu düşünülmektedir. Depresif, siklotimik ve anksiyöz mizacın kadınlarda daha sık; hipertimik ve irritabl mizacın erkeklerde daha baskın olduğu düşünülmektedir. Moleküler genetik çalışmalar depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizacın serotonerjik; hipertimik mizacın ise dopaminerjik düzenlenme ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bunlar afektif mizacın majör duygudurum bozuklukları için genetik bir potansiyel olduğu fikrini destekler niteliktedir(72).

Ayrıca günümüzde bipolar bozukluk yelpazesinin bir ucunda afektif mizacın yer aldığı düşünülmektedir(73).

Öte yandan afektif mizaç özellikleri bipolar bozukluğun etiyolojisi, fenomenolojisi ve tedavisi ile ilişkili bulunmaktadır. Afektif mizaç ve bipolar bozukluk ilişkisinde öne sürülen özellikler arasında ailesel yüklülük, erken başlangıç, yüksek oranda yinleme ve antidepresan etkisi altında manik kaymaya yatkınlık sayılmaktadır(8).

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında afektif mizaç özelliklerini inceleyen kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Hantouche ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada siklotimik mizacın eşlik ettiği OKB hastalarında semptom şiddetinin daha fazla olduğu ve daha yüksek oranda epizodik seyir, (hipo) manik ve majör depresif epizodların görüldüğü bildirilmiş ve antidepresanlara yanıtın daha düşük olduğu ifade edilmiştir(74).

Yapılan başka bir araştırmada siklotimik mizacı olan OKB hastalarında başlangıç yaşının daha erken olduğu saptanırken anksiyete oranlarının, yeme bozukluklarının, A kümesi kişilik bozukluklarının ve OKB ile ilişkili spektrum bozukluklarının (%80) daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir(6).

2.3.KRONOBİYOLOJİ

2.3.1. Biyolojik Ritimler ve Kronobiyoloji

Canlı organizmalarda gözlenen biyolojik, fizyolojik, hormonal, davranışsal ve psikolojik yönü olan pek çok olay belirli bir ritme uygun şekilde ortaya çıkmaktadır. Kronobiyoloji ise bu ritimleri moleküler ve biyokimyasal alandan klinik görünümüne kadar pek çok yönden inceleyen bilim dalıdır(75).

Döngü sürelerine göre çok sayıda biyolojik ritim olmakla birlikte başlıca 4 ana biyolojik ritimden söz edilebilir.

1. Sirkadyen ritim: Yaklaşık olarak 24 saatlik ritmi ifade eder.
2. Diurnal ritim: Bir gün içerisinde (gündüz-gece, sabah-akşam) farklılaşan olayları tanımlamak için kullanılır.
3. Ultradiyen ritim: 24 saat içinde birden fazla döngüleri olan ritmi ifade eder. 90 dakikalık döngülerde yer alan REM uykusu veya 3 saatlik döngüde yer alan büyüme hormonu salınımı, dakikalık ritim döngüleri olan kalp hızı, solunum sayısı gibi.

4. İnfradiyen ritim: Bir günden fazla örneğin haftalar ya da aylar süren ritimlerdir. Menstruasyon döngüsü, memelilerin doğum olayları, mevsimsel afektif bozukluk bu ritme örnektir.

İnsanlardaki uyku-uyanıklık döngüsü, vücut sıcaklığı, kan basıncı, duygulanım, bazı bilişsel işlevler, pineal bezden melatonin salgılanması ve plazma kortizol düzeylerindeki değişimler de sirkadyen ritmi olan olaylardır(76).

İnsanda sirkadyen sistemin düzenlenmesinde retina, retinohipotalamik yol, pineal bez ve suprakiazmatik nükleus görev almakla birlikte sirkadyen ritimden sorumlu olan ana merkez anterior hipotalamusta yer alan suprakiazmatik nükleus'tur (SCN); bu merkez sirkadyen ya da biyolojik saat olarak da adlandırılmaktadır. SCN pek çok ritim verici tarafından uyarılmaktadır. Başlıca ritim verici ışık olmakla birlikte, sosyal ritim düzenleyiciler olarak da isimlendirilen yemek, egzersiz, yatış-kalkış zamanları ve sosyal ilişkilerin planlandığı saatler sirkadyen ritmin düzenlenmesinde etkili olan diğer uyaranlardır(76).

SCN aktivitesinin ışık tarafından düzenlenmesi ışığın retinada bulunan gangliyonlar tarafından algılanması ile başlar. Oluşan sinir uyarısı, retinohipotalamik yolla SCN' ye iletilir. SCN' den çıkan uyarılar paraventriküler nükleusa ulaştıktan sonra sempatik sinir sisteminin pregangliyonik adrenerjik sinirleriyle üst beyin gangliyonuna ve buradan da epifiz bezine aktarılır. Böylece aydınlıkta epifiz hücrelerinde triptofandan serotonin oluşturulur ve gündüzleri serotonin yüksek düzeyde bulunur(77).

SCN ile raphe nükleusu arasındaki serotonerjik yol ile uyanıklık süresince davranış ve hareketler kontrol edilir(78).

Bunun yanında, karanlıkta ise epifiz bezinden melatonin hormonu salınmaktadır. Melatonin hormonu, SCN' deki gamma-aminobütirik asit (GABA' erjik) mekanizmalarını aktive eder ve SCN' nin uyarılmasını engelleyerek uykunun başlamasına yardımcı olur(76).

Sonuç olarak, SCN aktivitesi raphe nükleusundan çıkan serotonerjik (5-HT) yol ve epifiz bezinden salgılanan melatonin ile kontrol edilir(78).

2.3.2. Psikiyatrik Bozukluklar ve Kronobiyoloji

Sirkadyen ritimde meydana gelen ilerleme, gecikme ve bozulmaların, majör depresyon, bipolar depresyon ve mevsimsel afektif bozukluk (MAB) gibi duygudurum

bozuklukları başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalıklarla güçlü bir ilişkisi olduğu bilinmektedir.

Bununla birlikte bazı duygudurum düzenleyicileri ile uyku yoksunluğu ve ışık tedavisi gibi uygulamaların etkilerini sirkadyen sistemde değişiklik yaparak gösterdikleri kabul edilmektedir(76).

Geleneksel olarak uyku bozukluğu; bipolar bozukluk, majör depresyon, MAB, şizofreni, anksiyete ve madde kullanım bozuklukları gibi çeşitli psikiyatrik hastalıkların bir belirtisi olarak kabul edilmektedir(79).

Psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde ise sirkadyen ritim uyku bozuklukları oldukça iyi tanımlanmıştır. DSM IV-TR’de sirkadyen ritim uyku bozuklukları arasında gecikmiş uyku fazı tipi uyku bozukluğu (GUFTUB), değişen mesai saatleri tipi uyku bozukluğu, jet lag tipi uyku bozukluğu ve belirlenmemiş tip uyku bozukluğu yer almaktadır(2).

GUFTUB’ nin patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte birçok araştırmacı endojen sirkadyen ritmi düzenleyen homeostatik mekanizmaların bozukluğunu sebep olarak göstermektedir.

Geç faz uyku bozukluğunda geç uykuya dalma ve geç uyanma şeklinde kalıcı bir uyku-uyanıklık ritmi söz konusudur. Bu bozukluğu olanlar gece makul saatlerde yatmada ve uykuya dalmada güçlük yaşamakta, buna paralel olarak sabahları uyanmakta ve kognitif fonksiyon gerektiren işleri yapma konusunda güçlük yaşamaktadır. Bu bozuklukta uyku-uyanıklık ritmindeki gecikme, endojen sirkadyen ritimlerin (vücut ısı ve plazma melatonin düzeyi gibi) ölçümlerinde de gözlenir. Bu bozukluğa sahip kişiler genel olarak kronik uyku yoksunluğu içindedirler. Gece saatlerinde uykusuzluk, buna karşın gündüz saatlerinde uykululuk gösterirler. Sonuç olarak okul, iş ve toplumsal ilişkilerle ilgili sorunlar yaşarlar. Depresyona bağlı anhedoni gibi belirtiler sebebiyle normal bir sosyal yaşamdan uzaklaşmanın da gecikmiş uyku fazının bir sebebi olabileceği düşünülmektedir. GUFTUB nedeniyle gün içi uykululuk ve gün ışığına maruz kalma süresinin kısalması, özellikle mevsimsellik gösteren depresyonu tetikleyebilir. Komorbid depresyonu ve GUFTUB olan bazı hastalarda antidepresanlara cevap gözlenmezken, melatonin ve parlak ışık uygulamaları ile depresif belirtiler gerileyebilmektedir (80).

Ayrıca melatonin 1 (MT-1) ve melatonin 2 (MT-2) reseptör agonisti ve 5HT_{2C} reseptör antagonisti olan agomelatinin serotonin düzeylerini değiştirmeden sirkadiyen ritmi ve uyku uyanıklık döngüsünü düzenleyerek antidepresan etki gösterdiği bilinmektedir(81).

Duygudurum bozuklukları ile sirkadiyen ritim düzensizlikleri arasındaki ilişkiyi destekleyen çok sayıda veri bulunmaktadır.

Hem unipolar hem de bipolar depresyon ataklarının oluşumunda pek çok endojen sirkadiyen düzensizlikler olmakla birlikte öne sürülen sirkadiyen hipotezlerden biri faz ilerlemesi (phase advance) hipotezidir(82).

Depresyon hastalarında uyku başladıktan sonra ilk REM (rapid eye movements- hızlı göz hareketleri) fazının başlangıcına kadar geçen sürenin yani REM latensinin kısalması, sabahları erken uyanma ile birlikte ACTH (adrenokortikotropik hormon) ve kortizol salınımındaki yükselme zamanının sabahın erken saatlerine kaymış olması, prolaktin ve büyüme hormonu salınım saatlerindeki kaymalar bu hipotezi destekleyen kanıtlardır(83, 84).

Bipolar bozuklukta ortaya çıkan mani ve depresyon dönemleri de sirkadiyen sistemin kontrolünde bulunan uyku süresindeki değişikliklerle kendini göstermektedir. Bipolar afektif bozuklukta uykunun kısaltılması, depresif dönemde antidepresif etkiye yol açarken, mani döneminde ise hastalığı arttırmaktadır(85).

Yapılan çalışmalar, BAB olan hastaların sirkadiyen ritimlerinin 24 saatten daha hızlı olduğunu ve duygudurum düzenleyici olan lityumun SCN nöronal aktivitesini etkileyen GSK β (Glikojen sentaz kinaz-3 beta) enziminin inhibisyonu aracılığıyla sirkadiyen ritmi normale yakın hale getirerek etki gösterdiğini saptamıştır(76, 86).

Sonbahar ve kış aylarında ortaya çıkıp ilkbahar ve yaz aylarında kendiliğinden düzelme ile seyreden mevsimsel afektif bozukluk ise sirkadiyen ritmin yanı sıra yıllık bir ritmin de olduğu (circannual), gün uzunluğu (photoperiod) ve mevsimsel değişikliklere uyum sağlanamadığı takdirde duygudurum ataklarının tetiklenebileceğini bize göstermektedir(87-89).

Aynı şekilde bipolar bozukluk tanısı almış hastalarda da her yıl aynı zaman diliminde tekrarlanan hipomanik ve manik atakların görülmesi mevsimsel özelliklere

uyum sağlanamaması sonucu oluşan uyku-uyanıklık döngüsü bozukluklarının duyudurum bozukluklarını tetiklediği görüşünü desteklemektedir(90).

2.3.3. Kronotip

İnsanlar uyku/uyanıklık döngüsü başta olmak üzere günlük yaşamlarındaki biyolojik, psikolojik ve davranışsal farklılıklarına göre, sirkadiyen ritim fazı erken olan sabahçıl/ sabahlılık (morningness) tipler ve sirkadiyen ritim fazı daha geç olan akşamcıl/ akşamlılık (eveningness) tipler olmak üzere iki farklı kronotipe ayrılırlar(91).

Kleitman ilk defa (1939), kişilerin sirkadiyen ritimlerini "sabahçıl tip", "akşamcıl tip" ve "ara tip" şeklinde kategorize etmiş ancak ara tipin çok önemli olmadığını belirtmiştir(92).

Kronotiplerine göre insanlar; sabahçıl, sabahçıla yakın, ara tip, akşamcıla yakın ve akşamcıl tip şeklinde de sınıflandırılırlar(93).

Sabahçıl tipleri erken bir saatte uyanır ve erken bir saatte yatarlar, sabah saatlerinde daha iyi performans gösterirler. Akşamcıl tipleri ise geç saatte uyurlar ve aktiviteler açısından akşam saatlerini tercih ederler(94).

Akşamcıl tipler özellikle hafta sonları olmak üzere sürekli geç yatma ve geç uyanma ile karakterizedirler. Bunun nedeni hafta içi iş zamanlarında biriktirdikleri uyku eksikliğini hafta sonu gidermeye çalışmalarıdır. Çalışma ve boş günler arasında her iki tip arasında uyku başlangıç ve bitiş zamanı açısından farklılıklar vardır. Genel olarak akşamcıl tipler, daha düzensiz uyku / uyanıklık alışkanlıklarına sahiptirler.

Hayat döngüsü açısından bakıldığında, insanlar genellikle çocukken sabahçıl kronotipe sahip olmakla birlikte gelişimle birlikte akşamcıl tipe doğru kayarlar. 20 yaş kişinin en fazla akşamcıl tipe sahip olduğu yaştır, daha sonra yaş arttıkça tekrar sabahçıl tipe dönüş olmaktadır(95, 96).

Cinsiyetle ilgili olarak yapılan çalışmalarda kadınların daha çok sabahçıl kronotip eğiliminde oldukları bildirilmişse de sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır(96, 97).

Sabahlılık ya da akşamlılık tiplerinin genetik altyapısına dönük İngiltere’de yapılan bir çalışmada; kronobiyolojik tercihlerle ilişkili olduğu düşünülen PERIOD3 (PER3) geni polimorfizmine bakılmış ve bu genin homozigot uzun alellerine sahip olan

kişilerin daha fazla sabahlılık özelliği gösterdiği, ve daha az gün içi uykululuktan yakındıkları gözlenmiştir(98).

Uyku kalitesi ve kronotiplerin 5HTTLPR, PER3 ve CLOCK 3111 gen polimorfizmleri ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada 5HTTLPR geninin homozigot uzun alellerini taşıyanlarda düşük uyku kalitesi olduğu saptanmakla beraber, 5HTTLPR, PERIOD3 ve CLOCK 3111 genleri için kronobiyolojik tercih farklılığına yol açacak kanıt bulunamamıştır(99).

Depresyon ile kronotipler arasında sirkadyen ritim farklılıkları sebebiyle belirlenmiş bir ilişki mevcuttur. Akşamlılık tipi olmak sağlıklı bireylerde depresyon gelişimi için bir risk faktörü olarak değerlendirilirken, akşamlılık tipi depresif hastaların sabahlılık tipi olanlara göre depresyon skorlarının daha yüksek olduğu, daha fazla intihar düşüncesi ile daha düşük uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir(100).

Sabahlılık tipi olmanın ise depresyona karşı koruyucu bir faktör olduğu, depresif dönemin bu kişilerde akşamlılık tipinden daha hafif düzeyde geçtiği düşünülmektedir. Akşamlılık ile depresyon ilişkisinde nörotisizm, dürtüsellik, stresli yaşam biçimi, uyku bozuklukları (düzensiz uyku-uyanıklık döngüsü, azalmış uyku etkinliği ve azalmış yavaş dalga uykusu) gibi özelliklerin rolü olduğu düşünülse de altta yatan kronobiyolojik sebebin bu bireylerde depresyonla ilişkili sirkadyen ritim düzensizlikleri olduğu kabul edilmektedir(101).

Chelminski ve arkadaşlarının depresyon tanısı alan 1617 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları bir çalışmada, depresif kişilerin çoğunluğunun ara kronotipinde olmakla birlikte akşamcıl tiplerde sabahçılara göre daha fazla depresyon olduğu, akşamcıl tipin depresyon riskini artırdığı saptanmıştır(102).

Yine başka bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının sabahçıl kronotipinden ziyade akşamcıl kronotip sergileme eğiliminde oldukları bildirilmiştir(86).

Tonetti ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada akşamcıl tiplerde dürtüsellik, tehlikeli davranışlara eğilim ve yenilik arayışı ile bağlantılı olan 'heyecan arama' özelliğinin sabahçılara göre anlamlı derecede fazla olduğu belirtilmiştir(103).

Ek olarak, sabahçıl tipler, davranışlarının gelecekteki sonuçlarını dikkate alarak daha stratejik hareketlerde bulunurlarken, akşamcıl tipler ise daha dürtüsel hareket etiği,

riskli davranışlarda bulunduğu ve eylemlerinin sonuçlarıyla ilgilenmedikleri bildirilmektedir(104).

Selvi ve arkadaşlarının intihar girişimi sonucu hastaneye başvuran başka psikiyatrik hastalığı olmayan 89 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada da akşamcıl tip ile dürtüsel kişilik ve şiddet içeren intihar girişimi arasında kesin bir bağlantı olduğu tespit edilmiştir(101).

Kronobiyolojik farklılıkların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) açısından da risk oluşturabileceği düşüncesi ile Caci ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada ise dürtüsellik ve hiperaktiviteye göre dikkat eksikliğinin akşamlılık tipiyle daha çok ilişkili olduğu saptanmış ve akşamlılık özelliğinin DEHB' nin dikkat eksikliği baskın olan alt tipine neden olabileceği fikri öne sürülmüştür(105).

2.3.4. OKB ve Kronobiyoloji

OKB' de anormal sirkadyen ritimlerin rol oynadığına dair veriler; hastalarda hormonal disregulasyon saptanmasına, OKB hastalarının bazılarında gecikmiş uyku fazının gözlenmesine ve tedaviye dirençli bazı OKB hastalarının sirkadyen ritmi resenkronize ettiği bilinen agomelatinden fayda görmelerine dayanmaktadır(10).

OKB hastalarındaki melatonin sirkadyen salınım değişiklikleri yapılan araştırmalarda gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda tedavisiz OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre gece melatonin pik zamanında yaklaşık 2 saatlik bir gecikme olduğu ve melatonin konsantrasyonunda belirgin bir azalma olduğu, bu sonucun da hastalık şiddeti ile korele olduğu bildirilmiştir. Melatonin pik zamanındaki gecikmenin sıklıkla uykuda faz gecikmesi ile sonuçlandığı bilinmektedir(10, 106).

Ayrıca evde kompleks ritüelistik davranışlar sergileyen OKB hastalarının yetersiz sabah ışığına maruz kalabildiği, ek olarak bu hastaların sosyal geri çekilme nedeni ile sosyal ritim düzenleyicilerinden de mahrum kalabildikleri bildirilmiş, bunların biyolojik saatlerde bozulma ve uykuda faz kaymasına yol açabileceği ifade edilmiştir(10).

Son olarak gece boyunca yapılan kompulsiyonlar nedeni ile geç uyumanın ve gece boyunca ışığa maruz kalmanın sirkadyen faz kaymasına yol açabileceği düşünülmektedir. Gece boyunca devam eden ritüellerin aynı zamanda homeostatik uyku uyanıklık döngüsüne etki ederek OKB semptomlarını etkileyebileceği bildirilmiştir. Uzmanış uyanıklık süresinin bilişsel süreçlerde bozulmaya (örn; sürdürülebilir dikkatte

bozulma) yola açabileceği, bunun da kişinin kompulsiyonları gerçekleştirmesi için ihtiyaç duyduğu sürenin uzamasına neden olabileceği öne sürülmüştür(107).

Literatürde agomelatinden ve kronoterapiden fayda gören tedaviye dirençli OKB hastalarına dair vaka bildirimleri olmakla birlikte bildiğimiz kadarı ile kronotiplerin tedavi seyri ve klinik özellikleri ile ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır(107-109).

2.4.DÜRTÜSELLİK

Dürtüsellik, ortama uygun olmayan veya aşırı riskli, yeterince planlanmamış ve genelde istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları kapsar. Dürtüsellik; dikkatsizlik, sabırsızlık, yenilik arama, risk alma, heyecan ve zevk arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama ve dışa dönüklük gibi özellikler ile kendini göstermektedir(110).

Dürtüsellüğün çeşitli tanımlamaları bulunmaktadır. Eysenck dürtüsellliği risk alma, plan yapmada yetersizlik ve zihnini çabuk toplayamama ile ilişkilendirirken, Patton ve arkadaşları ise dürtüsellliği elindeki işe odaklanmadan (dikkat), plan yapmadan ve yeterince düşünmeden (plan eksikliği) yapılan hazırlıksız ani hareket (motor aktivasyon) şeklinde ifade etmişlerdir(111, 112).

Deneyssel-davranışsal anlamda ise dürtüsellik büyük ve gecikmiş ödüllerden çok küçük ama doğrudan ödülleri seçme olarak tanımlanır(113).

Dürtüsellik çok sayıda psikiyatrik bozukluğun çekirdek belirtilerinden biridir(114). Dürtüsellüğün eşlik ettiği psikiyatrik bozukluklar arasında antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları, şizofreni, bipolar bozukluk, DEHB, yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları sayılabilir. Ayrıca dürtüsellik, dürtü kontrol bozuklukları (patolojik kumar oynama, aralıklı patlayıcı bozukluk, piromani, kleptomani ve trikotillomani) tanı ölçütleri içerisinde yer almaktadır (115).

Dürtüsellikte rol alan ana nörotransmitterler serotonin, dopamin, noradrenalin, glutamat ve GABA'dır. Özellikle beyin serotonin düzeylerindeki azalmanın davranışın baskılanmasını azalttığı belirtilmiştir(110).

Dürtüsellik ve kompulsivitenin boyutsal bakış açısıyla bir spektrumun iki ucunda yer aldığı düşünülmektedir. Spektrumun bir ucunda tehlikeden tamamen uzak durmaya

alışan, çevrelerini tehdit dolu ve riskli olarak algılayan, tehditleri ve anksiyetelerini azaltmak için törensel davranışlar sergileyen kompulsif bireyler yer alırken diğerk ucunda ise çevrelerindeki tehditleri azımsayarak sürekli yüksek davranışları benimseyen ve hükümlerindeki hata nedeniyle ders almayan dürtüsel bireyler yer almaktadır(116).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. HASTALAR

Bu çalışmaya araştırma grubu olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında ayaktan tedavi biriminde takip edilen ve DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı konmuş, en az 12 hafta süre ile tedavi alan 76 hasta ile herhangi bir psikiyatrik şikayeti olmayan 55 kişi alınmıştır.

Hasta grubu için çalışmaya dahil edilme ölçütleri:

1. DSM IV TR ye göre obsesif kompulsif bozukluk tanısı almak
2. En az 3 aydır OKB için etkin olduğu düşünülen dozda tedavi alıyor olmak
3. 18-60 yaş arasında olmak
4. En az ilkokul mezunu olmak
5. Araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Hasta grubu için çalışmadan dışlanma ölçütleri:

1. Konuşulanları ve kullanılan değerlendirme ölçeklerini anlamamak
2. DSM-IV tanı kriterlerine göre psikotik bozukluk tanısı almak
3. DSM-IV tanı kriterlerine göre mental retardasyon tanısı almak
4. DSM-IV tanı kriterlerine göre demans tanısı almak
5. DSM-IV tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk manik, depresif yada mikst epizod tanısı almak
6. DSM-IV tanı kriterlerine göre organik mental bozukluk tanısı almak
7. Klinik olarak uyku apnesini düşündüren hastalar
8. Gece vardiyası çalışanlar
9. Psikiyatrik hastalığı dışında sonuçları etkileyebilecek bir başka ciddi tıbbi rahatsızlığın veya ilaç kullanımının olması

Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme ölçütleri:

1. DSM IV e göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almamak
2. 18-60 yaş arasında olmak
3. En az ilkokul mezunu olmak
4. Araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Kontrol grubu için çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. Konuşulanları ve kullanılan değerlendirme ölçeklerini anlamamak
2. DSM-IV tanı kriterlerine göre psikotik bozukluk tanısı almak
3. DSM-IV tanı kriterlerine göre mental retardasyon tanısı almak
4. DSM-IV tanı kriterlerine göre demans tanısı almak
5. DSM-IV tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk manik, depresif ya da mikst epizod tanısı almak
6. DSM-IV tanı kriterlerine göre organik mental bozukluk tanısı almak

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada, aşağıda açıklamalarıyla sunulmuş olan araçlar kullanılmıştır.

3.2.1. Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formu

Hasta ve sağlıklı kontrol grubuna uygulanan yarı-yapılandırılmış görüşme formu, görüşmeyi yapan psikiyatri hekimi tarafından doldurulmuştur. Aşağıdaki bilgileri içermektedir:

- Sosyodemografik bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, telefon, adres)

-Hasta grubu için klinik bilgiler (hastalık başlangıç yaşı, obsesyon ve kompulsyonların tipi, seyir, tedavi öyküsü, komorbidite, çocukluk çağı psikiyatrik öykü, aile öyküsü)

3.2.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

DSM-IV' e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanılarının araştırılması için 1997 yılında geliştirilmiş, görüşmecinin uyguladığı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlar. Duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları, uyum bozuklukları modüllerinden oluşmaktadır. Hastada tanı “şu anda” ve yaşam boyu” göz önüne alınarak yapılır(117).

Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışmasını 1999 yılında Özkürkçügil ve arkadaşları yapmıştır(118).

3.2.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir(119). Y-BOCS' da obsesyonlar ve kompulsiyonlara yönelik sınıflandırma başlıkları altında her biri değişen sayıda olmak üzere toplam 74 soruluk bir semptom kontrol listesi vardır. Bu semptom kontrol listesi, ayrıntılı semptom tarama ve bunların şiddetini değerlendirme imkanı sağlar. Ölçeğin değerlendirilmesi klinisyen tarafından yapılır. Semptom şiddetleri değerlendirilirken semptom tipi, sayısı ya da içeriği dikkate alınmaz. Her bir semptomun hastanın ne derecede zamanını aldığına, normal yaşamını etkilediğine, öznel rahatsızlığa neden olduğuna, bunlara hastanın ne oranda aktif direnç gösterdiğine ve ne kadar kontrol edebildiğine göre puanlar alır.

Y-BOCS' un puanlandırılmasında obsesyon ve kompulsiyonlar 5'er madde ile ve her bir madde 4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlandırılmakta, obsesyon ve kompulsiyon alt toplam puanları ve sonunda en fazla 40 puan üzerinden toplam bir puan elde edilmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar ise şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli.

İçgörü, kaçınma, kararsızlık, patolojik sorumluluk, yavaşlama, patolojik kuşku, 1-4 arasında puanlanmakta, ancak toplam puana katılmamaktadır. Ölçek Uluğ ve Savaşır tarafından Türkçe' ye çevrilmiş, Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (120).

3.2.4. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Depresif belirtileri olan kişilere klinisyen tarafından uygulanan, depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçen bir testtir. M. Hamilton s tarafından geliştirilmiştir (121).

Toplam 17 soru içeren bu testte her soru 0–4 arasında derecelendirilir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği A. Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (122).

Test tekrar korelasyonu 0,85, iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,75, Spearman- Brown güvenilirlik katsayısı 0,76'dır. Dört psikiyatrisin bağımsız derecelendirmesine dayanan derecelendiriciler arası güvenilirlik katsayıları 0,87–0,98 arasındadır.

3.2.5. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)

HAM-A ölçeği anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek için 1959 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiş, 1998 yılında Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (123, 124). Test 72 saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek için kullanılır, toplam 14 soru içerir. Her soruya 0–4 arasında puan verilerek, her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Ölçeğin toplam puanı 0–56 arasında değişmektedir. Bruss ve arkadaşları, ölçeğin değerlendiriciler arası güvenilirliğini arttırabilmek amacıyla yapılandırılmış bir görüşme kılavuzu geliştirmiş, ortalama madde ve toplam puan grup içi korelasyon katsayılarını 0,99 olarak belirlemiştir. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin değerlendiriciler arası güvenilirliği hesaplanmış ve tek tek maddeler için 0.51–0.97 arasında bulunmuştur. Ortalama değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı 0.72, toplam puan için ise 0.94 olarak elde edilmiştir.

3.2.6. Sabahlılık-Akşamlılık Ölçeği

Sabahlılık akşamlılık ölçeği (MEQ Morningness Eveningness Questionnaire) (Horne-Östberg 1976) 19 sorudan oluşan ve kişinin sabah kalkış ve akşam yatis zamanlarını, fiziksel ve zihinsel performans için tercih ettiği zamanları, yatmaya giderken ve sabah kalktığındaki öznel uyanıklık durumunu sorgulayan bir testtir. Ölçekten 16-86 arası puan alınabilir. Yüksek puan değerleri daha fazla sabahlılığı, düşük puan değerleri de daha fazla akşamlılığı göstermektedir. 59-86 puan aralığı sabah tipi, 42-58

puan aralığı hiçbirisi, 16-41 puan aralığı akşam tipi olarak sınıflandırılmıştır. Sabahlılık-akşamlılık ölçeği hem hasta hem de sağlıklı gruplarda kronobiyolojik özellikleri araştırmak için en çok kullanılan ölçeklerden biri olmakla birlikte pek çok farklı dile de çevrilmiştir. Sabahlılık akşamlılık ölçeğinin psikometrik özellikleri Ağargün ve arkadaşları tarafından test edilmiş geçerlilik ve güvenilirliği yüksek bulunmuştur(100).

3.2.7. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire)

TEMPS-A baskın afektif mizacı (dominant affective temperament) değerlendirmek için Akiskal ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (125). Anket depresif, hipertimik, sinirli (irritabl), siklotimik ve endişeli (anksiyöz) mizaçları belirlemek için düzenlenmiş 99 maddeden oluşur. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddeleri “doğru” ya da “yanlış” olarak cevaplandırır. Bir kişide baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), irritabl (18 madde) ve anksiyöz (24 madde) mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Vahip ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır (126).

3.2.8. Barratt Dürtüsellik Ölçeği- 11 (BIS-11)

İmpulsivitenin ölçüldüğü Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nin ilk versiyonu Barratt (133) tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir. Günümüzde kullanılan BIS-11 ise 1995 yılında geliştirilen versiyonudur. Likert tipi, 30 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Maddelerden elde edilen puanlar toplanır. En yüksek toplam skor en yüksek dürtüsellik derecesi anlamına gelmektedir.

Dikkatsel dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plansızlık dürtüsellliği olmak üzere 3 alt ölçeği vardır. Dikkatsel dürtüsellik (konsantrasyon ve dikkat ile ilgili problemler, yarışan düşünceler, dikkatin hızlı yön değiştirmesi, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük) 5, 6, 9, 11, 20, 24, 26, 28. soruların toplamı ile belirlenir. Motor dürtüsellik (aceleci hareket, hızlı tepkiler, huzursuzluk) 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 ve 30. Soruların toplamı ile ifade edilir. Plansızlık dürtüsellliği (gelecek yöneliminin eksikliği) 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27, 29. soruların toplamı ile değerlendirilir. BIS-11' in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve Tamam (134) tarafından 2008 yılında yapılmıştır (127).

3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 15 (Statistical Package for Social Sciences) kullanılarak analiz edildi. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelendi; yaş ve eğitim yılı dışındaki değişkenlerin normal dağılıma uygun olmadığı saptandı. Her bir değerlendirme parametresindeki değişim açısından gruplar arasında fark olup olmadığı, normal dağılım gösteren veri grupları için Student t testi, normal dağılım göstermeyen veri grupları için Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler için oranların karşılaştırılmasında ki kare testi ve Fisher testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünün ve düzeyinin belirlenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Sayısal değişkenler için tanımlayıcı olarak ortalama $\pm$ standart sapma ya da ortanca ve çeyrekler arası genişlik değerleri; kategorik değişkenler için yüzde değerleri hesaplandı. Tüm basit korelasyon analizinde çok sayıda değişkenin karşılaştırılmış olması sebebi ile $p < 0.01$; diğer tüm karşılaştırmalarda $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1.SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Araştırmamıza Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı ile en az 12 hafta süre ilaç tedavisi alan 77 hasta (grup 1) ve kontrol grubu olarak da herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan 55 kişi (grup 2) dahil edildi. Hasta grubundan bir kişi verilerin güvenilirliğinin şüpheli olması nedeni ile çalışmadan çıkarıldı. Hasta ve sağlıklı kontrollere ait sosyodemografik veriler Tablo-1’ de verilmektedir. İki grup arasında cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından anlamlı fark bulunmamış, medeni durum açısından ise anlamlı fark saptanmıştır. Hasta grubunda sağlıklı kontrollere kıyasla evli olma oranının anlamlı derecede düşük olduğu gözlenmiştir. (ki kare testi $\chi^2 = 6.22$, $df=2$, $p=0,04$)

Tablo 1. Örneklemen sosyodemografik özellikleri

	Hastalar <i>N=76</i>	Kontroller <i>N=55</i>	İstatistik		p
Yaş	32.53±11.09	34.36±9.93	t= -0.97	df=129	0.33
Cinsiyet N (%)					
<i>Kadın</i>	50 (65.8)	32 (58.2)	$\chi^2= 0.7$	df= 1	0.374
<i>Erkek</i>	26 (34.2)	23 (41.8)			
Eğitim	10.72±3.76	9.75±3.12	t= 1.57	df=129	0.11
Medeni durum N (%)					
Bekar	43 (56.6)	25 (45.5)	$\chi^2= 6.22$	df= 2	0.045
Evli	26 (34.2)	29 (52.7)			
Diğer	7 (9.2)	1 (1.8)			

Veriler ortalama ve standart sapma olarak hesaplanmıştır. Karşılaştırmada Student t testi ve ki kare testi kullanılmıştır.

$p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.2. KLİNİK ÖZELLİKLER

Hasta grubunun ortalama hastalık başlangıç yaşları, hastalık seyri, eşlik eden tik ve trikotillomani öyküsü, ortalama YBOCS değerleri, Hamilton depresyon ve Hamilton anksiyete puanları, birinci derece akrabalarda OKB ve diğer psikiyatrik bozukluk öyküsü, tedaviye direnç durumu, ilaca bağlı hipomanik/ manik kayma gösterme durumu Tablo 2 de sunulmaktadır.

Tablo 2. Hasta grubuna ait klinik özellikler

Klinik Özellikler	Hastalar N= 76
Hastalık başlangıç yaşı	16 (11-26)
Seyir	
Sürekli ve değişmeyen	17 (22.36)
Kötüleşme ile sürekli	24 (31.57)
İyileşme ile birlikte sürekli	1 (1.31)
Kısmi remisyona epizodik seyir	23 (30.26)
Tam remisyona birlikte epizodik	11 (14.47)
Tik Bozukluğu	28 (36.8)
Trikotillomani	10 (13.2)
YBOC-S*	20.50 (11-27)
HAM-A**	12 (6-19)
HAM-D***	10 (5-15)
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü	43 (56.6)
Ailede OKB öyküsü	22 (28.9)
Tedaviye yanıt	
Remisyona giren	26 (34.2)
Remisyona girmeyen	50 (65.8)
İlaça bağlı hipomanik/manik kayma	7 (9.2)

*Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği **Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

***Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Hastalık başlangıç yaşı, YBOC-S, HAM-D, HAM-A verileri median ve çeyrekler arası genişlik olarak hesaplanmıştır.

Diğer değerler N ve % değeri olarak verilmiştir.

Hastaların kullandıkları ilaç tedavileri Tablo 3 te gösterilmiştir.

Tablo 3. OKB tanısı alan hastaların kullandıkları ilaçlar N (%)

İlaçlar	N=76
SSGI	35 (46.1)
Klomipramin	7 (9.2)
SSGI+AP	18 (23.7)
Klomipramin+AP	8 (10.5)
SSGI+Klomipramin+AP	1 (1.3)
Diğer	7 (9.2)

SSGI: Seçici serotonin geri alım inhibitörü AP: Antipsikotik

SSGI başlığı altında sınıflandırılan ilaçlar; fluvoksamin, paroksetin, sertraline, essitalopram, fluoksetin, sitalopramdan oluşmaktaydı. AP başlığı altında sınıflandırılan ilaçlar; olanzapin, aripiprazol, risperidon, haloperidol, ketiyapinden oluşmaktaydı. Diğer: Bu grupta sınıflandırılan hastalardan 2 hasta SSGI, duygudurum dengeleyici ve AP; 2 hasta SSGI ve bupropion; 1 hasta klomipramin, duygudurum dengeleyici ve benzodiazepin; 1 hasta klomipramin ve duygudurum dengeleyici; 1 hasta venlafaksin ve AP kullanmaktaydı.

4.3. AFEKTİF MİZAÇ

Hasta ve kontrol grubu arasındaki ilişkiler:

OKB tanısı alan hasta grubu ile kontrol grubu arasındaki afektif mizaç özelliklerini değerlendirmek için TEMPS-A ölçeği uygulandı. Kişilerde depresif, siklotimik, irritabl, hipertimik ve anksiyöz mizaç özellikleri değerlendirildi. İki grup arasında hipertimik mizaç puanları açısından anlamlı fark saptanmazken; depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarının hasta grubunda anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi (Tablo 4).

Tablo 4. OKB tanısı alan hastalar ve sağlıklı kontrol grubunun afektif mizaç puanları açısından karşılaştırılması

	Hastalar N=76	Kontroller N=55	U	z	p
Depresif mizaç puanı	7.5 (5-12)	5 (4-7)	1428	-3.09	0.002
Siklotimik mizaç puanı	12 (7-14)	5 (2-10)	1066	-4.78	<0.005
Hipertimik mizaç puanı	10 (6-12)	9 (7-13)	2078	-0.056	0.955
İrritabl mizaç puanı	4.50 (2-8)	2 (1-5)	1391	-3.27	0.001
Anksiyöz mizaç puanı	9.5 (5-15)	4 (1-8)	1099	-4.63	<0.005

Veriler median ve çeyrekler arası genişlik olarak hesaplanmıştır. Karşılaştırmada Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. $P<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Her iki grup arasında baskın mizaç tanısı alma sıklığı açısından bakıldığında ise; OKB grubunda baskın afektif mizaç hastaların %28.9' unda mevcuttu. Sağlıklı grupta ise baskın afektif mizaç kişilerin %7.3' ünde bulunmaktaydı. Hasta grubunda 16 kişi depresif, 2 kişi siklotimik, 4 kişi iritabl ve 11 kişi anksiyöz mizaç tanısı almıştı. Hasta grubunda baskın mizaç tanısı alan kişilerden 8 kişide aynı anda hem depresif hem anksiyöz mizaç tanısı mevcuttu. 1 kişide iritabl ve depresif mizaç; 1 kişide iritabl ve anksiyöz mizaç; 1 kişide ise hem depresif, hem siklotimik hem anksiyöz mizaç tanıları bir arada bulunmaktaydı. Sağlıklı kontrollerde ise baskın mizaç saptanan 4 kişi bulunmaktaydı. Bu kişilerden 3'ünde depresif mizaç, 1 kişide ise iritabl mizaç tanısı mevcuttu. Kontrol grubunda siklotimik ve anksiyöz mizaç tanısı alan kimse bulunmamaktaydı. Her iki grupta hipertimik mizaç tanısı alan kimse yoktu. OKB tanısı alan hasta grubunda, kontrol grubuna göre depresif ve anksiyöz mizaç tanıları anlamlı derece yüksekti (Tablo 5).

Tablo 5. OKB tanısı alan hastalar ve sağlıklı kontrol grubunun afektif mizaç tipleri açısından karşılaştırılması

	Hastalar N=76	Kontroller N=55	İstatistik	p
Baskın Depresif Mizaç	16 (21.1)	3 (2.6)	$X^2=6.26$ $df= 1$	0.01
Baskın Siklotimik Mizaç	2 (2.6)	0	Fisher testi	0.5
Baskın Hipertimik Mizaç	0	0	-	-
Baskın İrritabl Mizaç	4 (5.3)	1 (1.8)	Fisher testi	0.39
Baskın Anksiyöz Mizaç	11 (14.5)	0	Fisher testi	0.003

Hasta ve kontrol grubunda bulunan afektif mizaç tipleri N ve % değeri olarak verilmiştir. Karşılaştırmada ki kare testi kullanılmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Her iki grupta hipertimik mizaç tanısı alan kimse saptanmadığından bir istatistiksel bir inceleme yapılamamıştır.

4.3.1. OKB Tanılı Hasta Grubunda Afektif Mizaç Özellikleri ile Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki

Afektif mizaç ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki:

OKB tanısı alan hastalarda cinsiyet ve afektif mizaç özellikleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, kadın cinsiyetinde erkeklere oranla **siklotimik** ve **anksiyöz** mizaç skorları anlamlı derecede yüksek olarak saptanırken (sırasıyla $p=0.005$ ve $p= 0.013$), diğer mizaç puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark gözlenmedi. Baskın afektif mizacı olanlarda **eğitim düzeyi** anlamlı derecede daha düşük ($U=348.5$, $z= -2.84$, $p= 0.004$) olarak saptandı.

Afektif Mizaç ile tedavi yanıtı arasındaki ilişki:

OKB tanısı alan hastalar içerisinde herhangi bir baskın mizaç tanısı alanlar ($n=22$) hasta grubunun %28.9 unu oluşturmaktaydı. Hasta grubu içerisinde baskın mizacı olanların, baskın mizacı olmayanlara göre total **YBOCS puanı** ($U=327$, $z=-3.06$, $p=0.002$), **obsesyon alt puanları toplamı** ($U=353$, $z=-2.76$, $p=0.006$) ve **kompulsiyon alt puanları toplamı** ($U=370.5$, $z=-2.56$, $p=0.01$) anlamlı derecede yüksekti.

OKB hastaları, tedavi sonucunda YBOC-S'una göre tedavi ile remisyona girenler ($YBOC-S<16$) ve remisyona girmeyenler ($YBOC-S>16$) olarak iki alt gruba ayrıldı. Remisyona giren ($n=26$, %34.8) ve girmeyen ($n=50$, %65.8) OKB hastaları afektif mizaç skorları, eşlik eden anksiyete ve depresyon puanları açısından karşılaştırıldı. Tedavi ile remisyona girmeyenlerde remisyona girenlere göre **anksiyöz** ($U=375.5$, $z= -$

3.01, $p=0.003$), **irritabl** ($U= 440.5$, $z= -2.30$, $p=0.021$), **siklotimik** ($U=430.5$, $z= -2.41$, $p=0.016$) ve **depresif** mizaç skorları ($U= 324.50$, $z= -3.57$, $p <0.005$) anlamlı ölçüde yüksekti. Remisyona giren grupta ise **hipertimik** mizaç puanları remisyona girmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek saptandı ($U= 434.5$, $z= -2.36$, $p=0.18$). Ayrıca remisyona girmeyen grupta remisyona girenlere oranla **HAM-A** ($U=261$, $z= -4.26$, $p<0.005$) ve **HAM-D** ($U= 272$, $z= -4.14$, $p<0.005$) puanları anlamlı derecede yüksekti.

Afektif Mizaç ile diğer klinik değişkenler arasındaki ilişki:

Hasta grubunda herhangi baskın afektif mizaç tanısı alanlar ile almayanlar arasında hastalık başlangıç yaşı ve hastalık gidişatı açısından anlamlı bir fark yoktu. **Dürtüsellik** oranı baskın afektif mizaç tanısı alanlarda anlamlı derecede daha yüksekti ($U=328$, $z=-3.04$, $p=0.002$). Ayrıca baskın afektif mizacı olan OKB hastalarında eşlik eden **HAM-D** ve **HAM-A** skorları baskın bir mizacı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti (sırası ile $U=307.5$, $z=-3.28$, $p=0.001$; $U=337.5$, $z=-2.94$, $p=0.003$)

Afektif mizaç ve klinik değişkenler arasındaki korelasyonlar:

Yukarıdaki bulgulara benzer şekilde OKB tanısı alan hasta grubunda YBOC-S puanları ile HAM-D, HAM-A, dürtüsellik arasında ve hipertimik mizaç hariç tüm mizaç puanları ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptandı. Hipertimik mizaç puanları ile YBOC-S puanları arasında ise hipertimik mizaç puanları arttıkça YBOC-S puanlarının düştüğünü gösteren anlamlı negatif bir korelasyon mevcuttu (Tablo 6).

Tablo 6. YBOC-S puanları ile Anksiyete, Depresyon, Dürtüsellik ve Afektif Mizaç puanları arasındaki ilişki

		Hastalar N=76 r_s
YBOC-S puanı	HAM-D	,612
	HAM-A	,611
	Dürtüsellik	,337
	Depresif mizaç puanı	,476
	Siklotimik mizaç puanı	,370
	Hipertimik mizaç puanı	-,323
	İrritabl mizaç puanı	,317
	Anksiyöz mizaç puanı	,395

Bu tablodaki analizler Spearman korelasyon katsayısı testi ile yapılmıştır. $P<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Tabloda korelasyon analizi sonucu elde edilen anlamlı verilere yer verilmiştir.

Hasta grubunda OKB' ye eşlik eden depresyon açısından hastalarda HAM-D ve diğer klinik parametreler arasındaki ilişki incelendi. Hastalarda hipertimik mizaç puanı hariç diğer tüm afektif mizaç puanları, HAM-A ve dürtüsellik puanı arttıkça HAM-D puanının arttığını gösteren anlamlı bir ilişki saptandı. Benzer şekilde hastalarda eşlik eden anksiyete açısından HAM-A ile hipertimik mizaç hariç tüm mizaç puanları ve dürtüsellik ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptandı (Tablo 7).

Tablo 7. Depresyon ve Anksiyete ile Dürtüsellik ve Afektif Mizaç puanları arasındaki ilişki

		Hastalar N=76 r _s
HAM-D puanı	HAM-A	,732
	Dürtüsellik	,365
	Depresif mizaç puanı	,573
	Siklotimik mizaç puanı	,529
	Hipertimik mizaç puanı	-,322
	İrritabl mizaç puanı	,466
	Anksiyöz mizaç puanı	,531
HAM-A puanı	Dürtüsellik	,312
	Depresif mizaç puanı	,532
	Siklotimik mizaç puanı	,558
	İrritabl mizaç puanı	,390
	Anksiyöz mizaç puanı	,486

Bu tablodaki analizler Spearman korelasyon katsayısı testi ile yapılmıştır. P<0.01 anlamlı kabul edilmiştir.

Farklı afektif mizaç tiplerinin klinik özellikler üzerindeki ilişkisi:

OKB hastalarında siklotimik ve iritabl mizaç tanısı alan hasta sayısının kısıtlı olması ve hipertimik mizaç tanısı alan hasta olmaması nedeni ile afektif mizaç tipleri arasındaki farklılık anksiyöz ve depresif mizaç arasında incelendi. İki afektif mizaç tipi arasında başlangıç yaşı, hastalık seyri, total ve alt YBOC-S puanları, eşlik eden

tık/trikotillomani, antidepresan ile hipomanik/manik kayma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

4.4. KRONOBİYOLOJİ

OKB tanısı alan hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasındaki kronobiyolojik özellikleri değerlendirmek için Sabahlılık Akşamlılık Ölçeği uygulandı. Kişiler sabahçıl, ara tip ve akşamcıl olarak üç grupta sınıflandırıldı. Sıklık açısından bakıldığında OKB grubunda sağlıklı gruba kıyasla akşamcıl oranı daha yüksek, sabahcıl oranı daha düşüktü, iki grup arasında kronotiplerin sıklığı arasındaki farklılık anlamlılığa yaklaşıyordu. Hasta grubuna ve sağlıklı kontrol grubuna ait kronotiplerin sıklığı Tablo 8’ de verilmiştir.

Tablo 8. OKB tanısı alan hastalar ve sağlıklı kontrol grubunun kronotipler açısından karşılaştırılması

Kronotipler	Hastalar	Kontroller	İstatistik	p
Sabahçıl	9 (11.8)	15 (27.3)	$X^2=5.46$ df= 2	0.06
Ara tip	50 (65.8)	32 (58.2)		
Akşamcıl	17 (22.4)	8 (14.5)		

Hasta ve kontrol grubunda kronotipler N ve % değeri olarak verilmiştir. Karşılaştırmada ki kare testi kullanılmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.4.1. OKB tanılı Hasta Grubunda Kronotipler ile Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki

Hasta grubunda cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından kronotipler arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hasta grubundaki kronotipler arasında total YBOCS puanı, obsesyon ve kompulsiyon alt puanları toplamı açısından incelendiğinde anlamlı fark gözlenmedi ve OKB tanısı alan hasta grubunda akşamcıl olanlar ile sabahçıl ve ara tip olanlar arasında YBOCS puanları açısından anlamlı bir fark yoktu.

Kronotipler arasında eşlik eden anksiyete ve depresyon açısından HAM-A ve HAM-D puanları incelendi. Üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Dürtüsellik puanları üç kronobiyolojik grup arasında anlamlı farklılık göstermedi.

OKB hastaları YBOCS puanlarına göre remisyona giren ve girmeyen olarak kendi arasında iki alt gruba ayrıldığında ise remisyona giren ve girmeyenler arasında sabahcıl ve akşamcıl kronotipleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu.

4.5.AFEKTİF MIZAÇ, KRONOBİYOLOJİ VE DÜRTÜSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİLER

OKB tanısı alan hasta grubunda dürtüsellik puanları ile depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki saptanırken, dürtüsellik ile hipertimik mizaç puanları arasında negatif ve zayıf bir ilişki gözlemlendi ($r_s = -.251$ $p = 0.029$) (Tablo 9).

Tablo 9. Dürtüsellik ile Afektif Mizaç puanları arasındaki ilişki

		Hastalar N=76 rs
Dürtüsellik	Depresif mizaç puanı	,406
	Siklotimik mizaç puanı	,464
	Hipertimik mizaç puanı	-
	İrritabl mizaç puanı	,490
	Anksiyöz mizaç puanı	,304

Bu tablodaki analizler Spearman korelasyon katsayısı testi ile yapılmıştır. $P < 0.01$ anlamlı kabul edilmiştir.

OKB tanısı alan hasta grubunda sabahlılık akşamlılık puanı ile dürtüsellik puanları arasında zayıf ve negatif bir ilişki bulundu ($r_s = -0.247$, $p = 0.031$)

Araştırma popülasyonunun tümüne bakıldığında sabahcıl kronotipleri ara ve akşamcıl tipler ile karşılaştırdığımızda, sabahcıl kronotipinde olanlarda depresif ($U = 893$, $z = -2.86$, $p = 0.02$), siklotimik ($U = 803$, $z = -2.86$, $p = 0.004$), irritabl ($U = 945$, $z = -2.28$, $p = 0.043$) ve anksiyöz mizaç puanları anlamlı derecede düşük saptandı. Ancak popülasyon hasta ve kontrol grubu olarak ayrıldığında anlamlılık ortadan kalktı.

Hasta grubunda sabahlılık akşamlılık puanları ile mizaç puanları arasında herhangi bir ilişki saptanmadı.

Ayrıca hasta grubunda tüm mizaç tiplerinin birbirleri ile karşılaştırılmasında hipertimik mizaç haricinde depresif, siklotimik, irritable ve anksiyöz mizaç skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif bir korelasyon saptandı (Tablo 10).

Tablo 10. Afektif mizaç tiplerinin birbirleri arasındaki ilişki

		Hastalar N=76 rs
Depresif mizaç puanı	Siklotimik mizaç puanı	,533
	İrritable mizaç puanı	,503
	Anksiyöz mizaç puanı	,714
Siklotimik mizaç puanı	İrritable mizaç puanı	,545
	Anksiyöz mizaç puanı	,641
İrritable mizaç puanı	Anksiyöz mizaç puanı	,546

Bu tablodaki analizler Spearman korelasyon katsayısı testi ile yapılmıştır. $P < 0.01$ anlamlı kabul edilmiştir.

Yapılan araştırmamız sonucunda sağlıklı grupta ise sabahlılık akşamlılık puanı arttıkça siklotimik ve irritable mizaç puanlarının düştüğünü gösteren anlamlı korelasyonlar izlendi (sırasıyla $rs = -,391$, $p = 0.003$ ve $rs = -,392$, $p = 0.003$).

Dürtüsellik ile siklotimik ve irritable mizaç puanları arasında ise sağlıklı kontrol grubunda pozitif bir ilişki saptandı (sırasıyla $rs = ,399$, $p = 0.003$ ve $rs = ,489$, $p < 0.005$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmanın birinci amacı; OKB tanısı olan hastalar ile sağlıklı kontroller arasında afektif mizaç, kronobiyoloji ve dürtüsellik açısından farklılık olup olmadığını incelemektir. Araştırmanın ikinci amacı ise; OKB hastalarındaki afektif mizaç tiplerinin, kronobiyolojik farklılıkların ve dürtüsellik düzeyinin OKB hastaları üzerindeki etkilerini araştırmaktır. Bu amaçla çalışmaya 76 OKB tanısı alan hasta ile 55 sağlıklı kişi alınmış olup, hastalarla sağlıklı kontroller arasında cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte OKB hastalarında evli olma oranı anlamlı olarak düşük saptanmıştır.

AFEKTİF MİZAÇ

OKB tanısı alan hasta grubu ile sağlıklı grubun afektif mizaç özellikleri açısından karşılaştırılmasında; hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları anlamlı ölçüde yüksek saptanmış, hipertimik mizaç puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Baskın mizaç tanısı alma sıklığı açısından bakıldığında ise sağlıklı gruba göre OKB tanısı alan hasta grubunda depresif ve anksiyöz mizaç tanıları anlamlı ölçüde sık saptanmıştır. Literatürde bildiğimiz kadarı ile afektif mizaç özellikleri açısından OKB hastalarını sağlıklı kişilerle karşılaştıran herhangi bir araştırma bulunmamaktadır.

Saptadığımız bu bulgu OKB tanısı alan hastalarda obsesyon ve kompulsyonların yanı sıra sağlıklı kişilere göre bu hastalarda eşik altı duygudurum bozukluklarının daha çok görüldüğünü düşündürmektedir. OKB hastalarında eş zamanlı depresyon ve bipolar bozukluk gibi duygudurum bozukluklarının sık görüldüğü uzun zamandan bu yana bilinmektedir (66).

Timpano ve arkadaşlarının OKB tanısı alan 605 kişide yapmış oldukları bir araştırmada duygudurum bozukluklarının OKB üzerindeki fenomenolojik özelliklerine ve klinik etkisine bakılmış ve bu araştırma sonucunda hastaların %13.1' inde eşlik eden bipolar bozukluk, %64.1'inde ise OKB' ye eşlik eden majör depresyon ya da distimi olduğu belirtilmiştir (67).

Afektif mizaç tiplerinin duygudurum bozukluklarının öncülleri ve eşik altı belirtileri olduğu düşünülürse araştırma sonucunda saptadığımız bu bulgu beklenen bir bulgu olmakla birlikte afektif mizaç puanlarının neden OKB hastalarında sağlıklı

kişilere göre yüksek olduğu ise tartışmaya açık bir konudur. Literatürde obsesif kompulsif bozukluğun ayrı bir spektrum olarak değil, duygudurum bozuklukları altında sınıflandırılması gerektiğini belirten görüşler mevcuttur. Bunun gerekçeleri olarak depresif özelliklerin OKB hastalarında sık görülmesi, majör depresyonun OKB probandlarında en sık görülen komorbid bozukluk olması, OKB tanısı alan hastalarda takipte %50-90 oranda duygudurum bozukluklarının görülmesi gösterilmektedir (128).

Ayrıca duygudurum ve anksiyete bozuklukları arasında serotonin taşıyıcı geni olan SLC6A4 geninde, brain derived neurotrophic factor(BDNF) geninde ve 22q11 mikrolelesyon sendromu gibi nadir kromozomal anormalliklerinde örtüşen genetik varyantların olması OKB ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkiyi destekleyen veriler olarak sunulmaktadır (129).

Ek olarak ajitasyon, kararsızlık, suçluluk ve birtakım bilişsel özellikler gibi OKB ve depresyon arasında fenomenolojik açıdan örtüşen belirtilerin olması, her iki bozukluğun benzer antidepresan tedavilere yanıt vermesi, OKB ailelerinde depresif duygudurum bozukluklarının daha sık oranda gözlenmesi depresyon ile OKB arasında genetik bir yatkınlık olduğunu düşündürülebilir (67).

Bizim araştırmamız sonucunda da hipertimik mizaç skorları hariç tüm mizaç skorlarının OKB hastalarında sağlıklı kişilere göre belirgin olarak yüksek olması OKB' nin duygudurum bozuklukları spektrumu içinde yer alabileceği görüşünü destekleyen bir veri olabilir.

Sağlıklı grup ile OKB hastaları arasında hipertimik mizaç puanları açısından anlamlı fark bulunmaması ise farklı nedenler ile açıklanabilir. Yapılan çalışmalarda hipertimik mizaç daha çok mani ile ilişkilendirilmiştir (8, 130).

Bizim araştırma grubumuzda OKB nedeni ile tedavi altında iken ilaca bağlı hipomanik/manik kayma gelişen sadece 7 hasta olması ve araştırmaya bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen ve obsesif kompulsif belirtileri olan hastaların dahil edilmemesi bu farklılığı açıklayabilir. Hipertimik mizacın hasta grubunda saptanmamasının bir diğer olası nedeni de hipertimik mizacın mental hastalıklara karşı koruyucu mizaç tipi olarak düşünülmesi ile ilişkili olabilir. Karam ve arkadaşlarının 1320 kişide yapmış oldukları bir epidemiyoloji araştırmasında mizaç tiplerinin DSM IV- eksen I mental bozuklukları ile ilişkisi araştırılmış ve mental bozuklukları öngören mizaç tipleri ve sosyodemografik değişkenler incelenmiştir. Bu araştırma sonucunda hipertimik mizacın ayrılık

anksiyetesi, bipolar bozukluk, madde kötüye kullanımı ve dürtü kontrol bozuklukları hariç çoğu mental bozukluk için koruyucu etkiye yol açtığı belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada ileri analiz sonucunda, yüksek anksiyöz mizaç puanlarının ve düşük hipertimik mizaç puanlarının duygudurum ve anksiyete bozukluklarını öngördüğü ifade edilmiştir (131).

Araştırmamızda saptadığımız bir diğer bulgu; OKB hastaları içinde baskın mizacı olanların baskın mizacı olmayanlara göre total YBOC-S, obsesyon ve kompulsiyon alt puanlarının anlamlı derecede yüksek oluşudur. Bunun ile birlikte tedavi ile remisyona girmeyen OKB hastalarında remisyona girenlere göre, depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Hipertimik mizaç puanları ise remisyona girenlerde daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuç, literatürde tedaviye dirençli OKB hastalarında afektif mizacın etkisini araştıran bir araştırma ile uyumludur.

Hantouche ve arkadaşlarının OKB tanısı alan 360 kişide yaptıkları bir araştırmada OKB hastaları tedaviye iyi yanıt verenler ve tedaviye dirençliler olarak ayrılmış ve her iki grubun afektif mizaç özellikleri incelenmiştir. Tedaviye dirençli olanlarda daha yüksek oranda psikiyatrik başvuru, intihar girişimi, kompulsiyon ve psikiyatrik komorbidite görüldüğü belirtilmekle birlikte siklotimik, depresif ve irritabl mizaç puanlarının tedaviye iyi yanıt verenlere göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Hipertimik mizaç puanları açısından ise fark olmadığı söylenmiştir. Çalışma sonucunda kompleks ve stabil olmayan afektif mizacın hastalık seyrinde önemli olabileceği vurgulanmıştır (132).

Bizim araştırma bulgumuz da majör duygudurum bozukluğu tanısı olmasa da kişilerdeki mevcut afektif mizaç özelliklerinin tedaviye karşı olumsuz yanıtta rol oynayabileceğini destekler niteliktedir.

Yapılan araştırmamızda remisyona girmeyen grupta remisyona girenlere oranla HAM-D ve HAM-A puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu sonuç literatürde OKB' ye eşlik eden diğer duygudurum bozukluklarının ve anksiyete bozukluklarının tedavi seyrini olumsuz etkilediği bilgisi ile uyumludur (54).

Çalışmamızda tedaviye karşı olumsuz yanıtta rol oynayan faktörlerin eşlik eden depresyon ve anksiyete ile mi yoksa hastaların afektif mizaç özellikleri ile mi ilişkili olduğu tartışmaya açık bir konudur. Afektif mizaç özelliklerini değerlendirmek için

yapılan ölçeklerde her ne kadar kişilere soruları tüm hayatlarını göz önüne alarak cevaplandırmaları belirtildiyse de kişilerin içinde bulundukları duygudurum sorulara verilen yanıtları etkilemiş olabilir. Bunun aksine kişilerde altta yatan afektif mizaç özellikleri hastaların daha yüksek oranda depresyon ve anksiyete semptomu göstermesine yol açmış da olabilir.

Araştırmamızda afektif mizaç özelliklerinin OKB hastalarındaki klinik değişkenler ile ilişkisine bakıldığında ise; OKB hasta grubunda baskın afektif mizacı olanlar ile olmayanlar arasında hastalık başlangıç ve hastalık seyri açısından fark saptanmamıştır.

OKB hastalarında saptanan HAM-A ve HAM-D puanları ile hipertimik mizaç puanları hariç tüm mizaç puanları arasında pozitif ilişki gözlenmiştir.

Bu çalışmada OKB hastalarındaki farklı afektif mizaç tipleri arasında hastalık başlangıç yaşı, hastalık seyri, YBOC-S puanları, obsesyon ve kompulsiyon puanları, eşlik eden tik ve trikotillomani, antidepresan tedavi ile hipomanik/manik kayma arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu literatürdeki afektif mizaç çalışmaları ile farklılık arz etmektedir.

Hantouche ve arkadaşlarının 574 OKB hastasında yapmış oldukları bir çalışmada siklotimik mizacı olan ve olmayan OKB hastaları sosyodemografik değişkenler, hastalık başlangıç yaşı, klinik özellikler, hastalık seyri ve tedavi öyküsü açısından birbirleri ile karşılaştırılmış, silik bipolarite özelliklerinin OKB hastaları üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda 302 OKB hastasında siklotimik mizacın eşlik ettiği; 272 hastada ise siklotimik mizacın eşlik etmediği saptanmıştır. Bu grupların birbiri ile karşılaştırılmasında siklotimik OKB hastalarında daha yüksek oranda saldırganlık, dini ve cinsel obsesyon görüldüğü; bununla birlikte kontrol, biriktirme ve yineleme kompulsiyonlarının daha fazla oranda olduğu bildirilmiştir. Ayrıca siklotimik OKB hastalarının daha çok epizodik seyir gösterdiği, manik/hipomanik ve majör depresyon epizodlarının bu grupta daha sık oranda görüldüğü ifade edilmiştir. Ek olarak siklotimik OKB hastalarında daha yüksek oranda intihar girişimi ve hastane yatış oranlarının gözlendiği ve son olarak tedaviye yanıtın daha kötü olduğu vurgulanmıştır. Tüm bu bulgular ışığında siklotimik OKB' nin farklı klinik özellikler, farklı bir seyir ve sonuç ile giden, ayrı bir OKB formu olabileceği, klinik pratikte ve araştırmalarda buna dikkat edilmesi gerektiği belirtilmiştir (74).

Ambrosio ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada ise: OKB tanısı almış 167 hastada afektif mizaç özellikleri, demografik değişkenler, hastalık başlangıç yaşı, obsesif kompulsif semptomatoloji, kişilik bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiş. Araştırma sonucunda hastaların %53.9 unda baskın bir mizaç olduğu, hastaların %19.2 sinde ise siklotimik mizaç olduğu belirtilmiştir. Siklotimik mizaç saptanan OKB hastalarının daha erken başlangıç yaşı gösterdiği, daha yüksek oranda HAM-A puanları ve yineleme kompulsiyonu gösterdikleri belirtilmiş ve siklotimik OKB nin daha şiddetli ve karmaşık bir bozukluk olduğu, bipolariteye daha yatkın olduğu ifade edilmiştir (6).

Bizim çalışmamızda OKB hastalarındaki baskın afektif mizaç oranı %28.9, siklotimik mizaç oranı ise %2.6 şeklindedir. Literatürdeki yayınlarda siklotimik mizaç sıklığı belirgin olarak yüksek saptanmıştır. Bu farklılığın birkaç farklı nedeni olabilir. Birincisi; araştırmamıza dahil edilen hasta sayısı yapılan araştırmalara kıyasla daha az sayıda hasta içermektedir, bu kısıtlılık mizaçlar arası karşılaştırmada klinik özellikler açısından anlamlı sonuçlar elde edilememesine yol açmış olabilir. İkincisi; yapılan araştırmalarda siklotimi tanısı farklı ölçeklerle değerlendirilmiştir (Hipomani soru listesi, Siklotimik mizaç değerlendirme ölçeği, TEMPS-I). Son olarak araştırma gruplarına OKB ile eş zamanlı bipolar bozukluk tanısı olan hastaların daha çok oranda dahil edilmesi mizaç sıklığını etkilemiş olabilir. Ambrosio ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bipolar bozukluk tanısı alan hastalar dışlandığında, OKB hastaları içinde en sık görülen mizaç tipinin %51.3 oranla depresif mizaç olduğu belirtilmiştir. Bu bulgu OKB hasta grubumuzdaki depresif mizaç sıklığından yüksek olmakla birlikte (%21.1), depresif mizacın en sık görülen mizaç tipi olması bakımından bizim bulgumuzla örtüşmektedir.

Araştırmamızda saptadığımız bir diğer bulgu, hipertimik mizaç hariç tüm mizaç tiplerinin birbirleri ile pozitif korelasyon göstermesidir. Bu bulgu literatürde yer alan yayınlar ile örtüşmektedir. Yapılan araştırmalarda hipertimik dışındaki mizaç tiplerinin birbirinden bağımsız olmadığı belirtilmiştir (133-136).

5.1.KRONOBİYOLOJİ

Literatürde bildiğimiz kadarı ile OKB hastalarını sağlıklı kişilerle ve kendi aralarında klinik özelliklere göre kronotipler açısından karşılaştıran herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak gecikmiş uyku fazı sendromu gibi sirkadiyen ritimdeki

bozulmaların OKB semptomlarında artışa yol açtığını ifade eden araştırmalar mevcuttur (9, 137).

Araştırmamızda öncelikle hasta grubu ile kontrol grubu kronotiplerin sıklığı açısından karşılaştırılmış, OKB hastalarında sağlıklı gruba göre sabahçıl olan kişilerin oranı daha düşük, akşamcıl olanların oranı daha yüksek saptanmıştır. İki grup arası kronotip açısından farklılık istatistik olarak anlamlılığa yaklaşmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilememesi, araştırmaya dahil edilen kişi sayısının az olması, akşamcıl ve sabahcıl tiplerin sayısının yeterli olmaması ile ilişkili olabilir.

Sabahçıl, akşamcıl ve ara kronotipler YBOC-S puanları, eşlik eden HAM-A ve HAM-D puanları açısından karşılaştırılmış bir fark saptanmamıştır. OKB hastaları tedavi ile remisyona giren ve girmeyen olarak karşılaştırıldığında; remisyona girenler ve girmeyenler arası kronotipler açısından bir farklılık gözlenmemiştir. Bu bulgu çalışmaya dahil edilen hasta sayısının az olmasının ve hasta örnekleminin kronotip olarak büyük bir kısmının ara tipten oluşmasının bir sonucu olabilir.

Literatürde akşamcıl kronotipin depresyon için risk faktörü olduğunu belirten yayınlar mevcuttur (138-141).

Bazı araştırmalar ise sabahçıl tipte daha çok oranda depresyon görüldüğünü saptamışlardır (142).

Hsu ve arkadaşları 2919 öğrenciden oluşan bir grupta kronotipler arasındaki psikopatoloji ve kişilik özelliklerini araştırmış; akşamcıl tipin kötü okul performansı, uyku problemleri, anksiyete ve depresyon semptomları, intihar girişimi, tütün, kafein ve alkol kullanımı ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Erkeklerde akşamcıl kronotipte fobik anksiyete haricindeki tüm kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği alt gruplarında daha yüksek puanlar saptandığı, kadınlarda ise obsesyon/kompulsiyon ve fobik anksiyete dışındaki kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği alt grup puanlarının akşamcıl tiplerde daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (143).

Araştırmamızda akşamcıl kronotipin OKB ye eşlik eden depresyon ya da anksiyete ile ilişkili olabileceği ve tedaviye yanıtı olumsuz etkileyebileceği düşünülmüş ancak araştırma neticesinde anlamlı bir bulgu saptanmamıştır.

Sabahçıl tipte başlangıç yaşı diğer tiplere göre daha geç olmakla birlikte farklılık anlamlı düzeye ulaşmamıştır.

Kronotipler arası OKB hastalarına eşlik eden tik ve trikotillomani açısından bir fark gözlenmemiştir.

5.2.AFEKTİF MİZAÇ, KRONOBİYOLOJİ VE DÜRTÜSELLİK İLİŞKİSİ

Araştırmamızda hipertimik mizaç puanları hariç tüm mizaç puanları ile dürtüsellik arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda sürekli ve durumsal dürtüsellik arttığına dair yazında çokça yayın bulunmaktadır (144-147). Ayrıca dürtüsellik bipolar spektrum bozukluklarının çekirdek bir belirtisi olarak kabul edilmekte özellikle hipertimik ve siklotimik mizaç özellikleri arasında sayılmaktadır (70, 148).

Literatürde bir ya da birden fazla komorbid anksiyete bozukluğu olan bipolar bozukluk hastalarında, komorbidite olmayan bipolar bozukluk hastalarına göre daha yüksek oranda dürtüsel kişilik özelliklerinin görüldüğünü belirten yayınlar mevcuttur (149, 150).

Ayrıca anksiyete bozukluğunda gözlenen dürtüsellik eşlik eden siklotimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Perugi ve arkadaşlarının 47 anksiyete bozukluğu tanısı alan hasta ve 45 sağlıklı katılımcı üzerinde yaptıkları bir çalışmada eşlik eden silik bipolar spektrum bozukluklarının dürtüsellik ile ilişkisi araştırılmış; siklotimik olan anksiyete bozukluğu hastalarının yapılan ölçeklerde daha yüksek oranda dürtüsellik puanları aldıkları, bu kişilerde daha yüksek oranda kişiler arası duyarlılık ve ayrılık anksiyetesi olduğu belirtilmiştir (151).

Benzer şekilde Del Carlo ve arkadaşlarının panik bozukluk tanısı alan hastalar ve sağlıklı kontrollerde yaptıkları bir araştırmada komorbid siklotimik bozukluğun panik bozukluk ve dürtüsellik üzerine etkisi araştırılmış; siklotimik bozukluk ek tanısı alan panik bozukluk hastalarının en dürtüsel grubu oluşturduğu ve bu grupta semptom şiddetinin daha fazla olduğu ifade edilmiştir. Bu kişilerde saptanan dürtüsellik eşlik eden duygudurum düzensizliği ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (152).

Araştırmamızda depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarının obsesif kompulsif bozukluk hastalarında artan dürtüsellik ile ilişkili olduğu saptanmış

ve bu veri anksiyete bozukluklarında eşlik eden duygudurum özelliklerinin dürtüselliği arttırabileceği verisini desteklemiştir. Ancak bu konuda daha kapsamlı araştırmalar gerekmektedir.

Literatürde akşamcıl kronotipte depresyon, anksiyete ve bipolarite ile ilişki olması nedeni ile araştırma hipotezlerimizden biri akşamcıl kronotipin afektif mizaç ile de ilişki gösterebileceğiydi. Araştırmamız sonucunda buna dönük olarak akşamcıl tiplerde diğer kronotiplere kıyasla afektif mizaç özellikleri açısından bir farklılık izlenmedi.

Son olarak hasta ve kontrol grubunda dürtüsellik açısından üç kronotip arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Literatürde akşamcıl kronotiplerin ara ve sabahcıl tiplere göre daha yüksek oranda dürtüsellik gösterdiğine dair yayınlar mevcuttur (101, 153).

Bizim araştırmamızda dürtüsellik açısından üç grup arasında farklılık saptanmaması, farklı kronotiplerdeki hasta sayısının az olması ile açıklanabilir.

5.3.ÇALIŞMANIN ÜSTÜNLÜKLERİ VE SINIRLILIKLARI

Araştırmamız bildiğimiz kadarı ile OKB hastalarını afektif mizaç, kronobiyojji ve dürtüsellik açısından sağlıklı kontroller ile karşılaştıran ilk çalışmadır. Ayrıca afektif mizacın, kronobiyojji ile ilişkisini de incelemesi bakımından yeni bir araştırma niteliği arz etmektedir.

Literatürde OKB hastalarını sağlıklı kontroller ile afektif mizaç özellikleri açısından karşılaştıran herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Buna karşın OKB hasta popülasyonunda afektif mizaç özelliklerini araştıran çalışmalara göre araştırmamız az sayıda hasta içermektedir.

Benzer şekilde literatürde OKB hastalarını kendi aralarında ve sağlıklı kontroller ile kronobiyojjik tipler açısından karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

Araştırmamızda hasta ve sağlıklı grup arasında cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından anlamlı fark olmaması, araştırmada kullanılan TEMPS-A, Sabahlılık Akşamlılık Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği- 11, HAM-A, HAM-D, YBOC-S gibi ölçeklerin doktor gözetiminde doldurulması ve ölçeklerin kişiden kişiye göre değişmeyen objektif sonuçlar vermesi çalışmamızın güvenilirliğini arttırmaktadır.

Araştırmamızın kısıtlı sayıda hasta içermesinin yanında, çalışmaya dahil edilen hastaların farklı doz ve sürelerde ilaç kullanması ve araştırmamızın kesitsel nitelikte olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

Yaptığımız çalışmadaki bulguların geçerliliğini desteklemek için daha büyük hasta örneklemelerine ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Eğer kronobiyoloji ile afektif mizaç arasındaki ilişki anlaşılırsa, kronoterapi subklinik afektif özelliklerin değerlendirilmesi ve tedavisinde önem kazanabilir. Son olarak bu özelliklerin özellikle tedaviye yetersiz yanıt veren OKB hastalarında akılda tutulması, mevcut tedavi rejimlerine yeni yaklaşımların eklenmesi açısından önem arz edebilir.

Gelecekte afektif mizacın ve kronobiyolojik özelliklerin OKB hastalarındaki işlevsellik ile ilişkisi araştırılabilecek bir konu olabilir.

6. SONUÇLAR

- 1) OKB hastalarında sağlıklı gruba göre depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları yüksek bulundu. Hipertimik mizaç puanları açısından fark saptanmadı.
- 2) Mizaç tanısı sıklığı açısından bakıldığında OKB hastalarında sağlıklı gruba göre depresif ve anksiyöz mizaç tanıları daha sık saptandı.
- 3) Baskın mizaç tanısı alan OKB hastalarının, baskın mizaç tanısı almayanlara göre obsesyon ve kompulsiyon şiddeti daha yüksekti.
- 4) Baskın afektif mizaç tanısı alan hastalarda anksiyete ve depresyon oranları daha yüksekti.
- 5) Tedavi ile remisyona girmeyen OKB hastalarında remisyona girenlere göre depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları artmış olarak bulundu.
- 6) Remisyona girmeyen OKB hastalarında anksiyete ve depresyon oranları daha yüksek olarak saptandı.
- 7) Hipertimik mizaç puanları hariç diğer mizaç tipleri puanları arasında pozitif bir ilişki izlendi.
- 8) OKB hastalarında sağlıklı gruba kıyasla sabahçıl oranı daha düşük, akşamcıl oranı daha yüksekti. Bu fark istatistiksel olarak anlamlılığa yakındı.
- 9) Hipertimik mizaç hariç tüm afektif mizaç puanları ile dürtüsellik arasında pozitif bir ilişki mevcuttu.

7. KAYNAKLAR

1. Öztürk. O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 2008.
2. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, Katzelnick DJ, Henk HJ. Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 1998;136(3):205-16.
4. Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 1994;55 Suppl:15-27.
5. Viswanath B, Narayanaswamy JC, Rajkumar RP, Cherian AV, Kandavel T, Math SB, et al. Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2012;53(6):775-82.
6. D'Ambrosio V, Albert U, Bogetto F, Maina G. Obsessive-compulsive disorder and cyclothymic temperament: an exploration of clinical features. *Journal of affective disorders*. 2010;127(1-3):295-9.
7. Jakubovski E, Diniz JB, Valerio C, Fossaluza V, Belotto-Silva C, Gorenstein C, et al. Clinical Predictors of Long-Term Outcome in Obsessive-Compulsive Disorder. *Depress Anxiety*. 2012.
8. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yuncu Z. [The relationship of affective temperament and clinical features in bipolar disorder]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2005;16(3):164-9.
9. Coles ME, Schubert JR, Sharkey KM. Delayed bedtimes and obsessive-compulsive symptoms. *Behav Sleep Med*. 2012;10(4):258-65.
10. Lange KW, Lange KM, Hauser J, Tucha L, Tucha O. Circadian rhythms in obsessive-compulsive disorder. *J Neural Transm*. 2012;119(10):1077-83.

11. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry / editors, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
12. Kılıç C. Türkiye ruh sağlığı profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara; 1998.
13. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif- kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. Tükel R, editor: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2004.
14. Mario Maj NS, Ahmed Okasha, Joseph Zohar. Obsessive-Compulsive Disorder, Second Edition. Chicester, England: John Wiley & Sons Ltd.; 2002.
15. Jenike MA. Clinical practice. Obsessive-compulsive disorder. N Engl J Med. 2004;350(3):259-65.
16. Mathews CA, Nievergelt CM, Azzam A, Garrido H, Chavira DA, Wessel J, et al. Heritability and clinical features of multigenerational families with obsessive-compulsive disorder and hoarding. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2007;144B(2):174-82.
17. Mundo E, Richter MA, Zai G, Sam F, McBride J, Macciardi F, et al. 5HT1Dbeta Receptor gene implicated in the pathogenesis of Obsessive-Compulsive Disorder: further evidence from a family-based association study. Mol Psychiatry. 2002;7(7):805-9.
18. Freud S. Ketlemeler, semptomlar ve kaygı. Psikopatoloji Üzerine. Budak S, editor. Ankara: Öteki Yayınları; 1997.
19. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther. 1997;35(9):793-802.
20. Karşlıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri. 2007;10(3):3-13.
21. Hollander E. Current insights in obsessive compulsive disorder. Chichester ; New York: Wiley; 1994.

22. Rapoport JL, Ryland DH, Kriete M. Drug treatment of canine acral lick. An animal model of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(7):517-21.
23. Tonkonogy J, Barreira P. Obsessive compulsive disorder and caudate-frontal lesion. *Neuropsychiat Neuropsychol Behav Neurol*. 1989;2:203-9.
24. Insel TR. Toward a neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(9):739-44.
25. Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*. 2002;360(9330):397-405.
26. Crespo-Facorro B, Cabranes JA, Lopez-Ibor Alcocer MI, Paya B, Fernandez Perez C, Encinas M, et al. Regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients with and without a chronic tic disorder. A SPECT study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):156-61.
27. Işık E, Taner E, Işık U. Guncel Klinik Psikiyatri. Işık E, editor. Ankara: Golden Print Matbaası; 2008.
28. Eşel E. Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2000;3:46-55.
29. Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby EV, Lenane MC, Cheslow DL, et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. A double-blind crossover comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(12):1088-92.
30. Thoren P, Asberg M, Bertilsson L, Mellstrom B, Sjoqvist F, Traskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. II. Biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(11):1289-94.
31. Insel TR, Mueller EA, Alterman I, Linnoila M, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection? *Biol Psychiatry*. 1985;20(11):1174-88.
32. Jarry JL, Vaccarino FJ. Eating disorder and obsessive-compulsive disorder: neurochemical and phenomenological commonalities. *J Psychiatry Neurosci*. 1996;21(1):36-48.

33. Stein DJ. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biol Psychiatry*. 2000;47(4):296-304.
34. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 14:11-7.
35. Pittenger C, Bloch MH, Williams K. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacol Ther*. 2011;132(3):314-32.
36. Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*. 2006;2(12).
37. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res*. 2003;37(2):127-33.
38. Okasha A, Saad A, Khalil AH, el Dawla AS, Yehia N. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. *Compr Psychiatry*. 1994;35(3):191-7.
39. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;55(6):623-7.
40. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992;53 Suppl:4-10.
41. Karaca E, Doksat MK. Klinik Açısından Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Yeni Symposium*. 1998;36(3-4):59-68.
42. Bayraktar E. Obsesif -kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*. 1997;1:25-38.
43. Tek C, Ulug B. Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2001;104(2):99-108.
44. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992;15(4):743-58.

45. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
46. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB, American Psychiatric A. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 2007;164(7 Suppl):5-53.
47. Stein DJ, Koen N, Fineberg N, Fontenelle LF, Matsunaga H, Osser D, et al. A 2012 evidence-based algorithm for the pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. Curr Psychiatry Rep. 2012;14(3):211-9.
48. Mundo E, Bianchi L, Bellodi L. Efficacy of fluvoxamine, paroxetine, and citalopram in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a single-blind study. J Clin Psychopharmacol. 1997;17(4):267-71.
49. Pallanti S, Quercioli L. Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2006;30(3):400-12.
50. Angst J, Gamma A, Endrass J, Hantouche E, Goodwin R, Ajdacic V, et al. Obsessive-compulsive syndromes and disorders: significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2005;255(1):65-71.
51. Karamustafalıoğlu O, Karamustafalıoğlu N. Obsesif kompulsif bozukluk ve komorbid durumlar. Psikiyatri Dünyası. 2001;5:62-7.
52. Tamam L, Saygılı M, Unal M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003;4:69-80.
53. Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. Obsessive-compulsive disorder and depression. A retrospective study on course and interaction. Psychopathology. 1993;26(3-4):145-50.
54. Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessive-compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications. Front Psychiatry. 2011;2:70.

55. Tükel R, Polat A, Özdemir O, Aksut D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2002;43(3):204-9.
56. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1094-9.
57. Krüger S, Cooke RG, Hasey GM, Jorna T, Persad E. Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 1995;34(2):117-20.
58. Tükel R, Meteris H, Koyuncu A, Tecer A, Yazıcı O. The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(4):240-5.
59. Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, Pfanner C, Presta S, Milanfranchi A, et al. Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1998;248(5):240-4.
60. Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res*. 1995;59(1-2):57-64.
61. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
62. Sayyah M, Sayyah M, Boostani H, Ghaffari SM, Hoseini A. Effects of aripiprazole augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (a double blind clinical trial). *Depress Anxiety*. 2012;29(10):850-4.
63. Tot Ş, Yazıcı K, Yazıcı A, Erdem P, Bal N, Buturak V. Obsesif kompulsif bozuklukta tedaviye cevapla ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4:197-200.
64. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156(9):1409-16.

65. Dell'Osso B, Benatti B, Buoli M, Altamura AC, Marazziti D, Hollander E, et al. The influence of age at onset and duration of illness on long-term outcome in patients with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(8):865-71.
66. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A, et al. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders.* 1997;46(1):15-23.
67. Timpano KR, Rubenstein LM, Murphy DL. Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depress Anxiety.* 2012;29(3):226-33.
68. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40(7):801-10.
69. Marneros A, Angst J. *Bipolar disorders : 100 years after manic-depressive insanity.* Dordrecht ; Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000.
70. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull.* 1987;23(1):68-73.
71. Akiskal HS. Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1998;393:66-73.
72. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. *Curr Opin Psychiatry.* 2010;23(1):12-8.
73. Kelsoe JR. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *Journal of affective disorders.* 2003;73(1-2):183-97.
74. Hantouche EG, Angst J, Demonfaucon C, Perugi G, Lancrenon S, Akiskal HS. Cyclothymic OCD: a distinct form? *Journal of affective disorders.* 2003;75(1):1-10.
75. Schulz P. Biological clocks and the practice of psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci.* 2007;9(3):237-55.

76. Selvi Y, Beşiroğlu L, Aydın A. Kronobiyoloji ve Duygudurum Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3:368-86.
77. Albrecht U, Eichele G. The mammalian circadian clock. *Curr Opin Genet Dev*. 2003;13(3):271-7.
78. Moore RY, Speh JC. Serotonin innervation of the primate suprachiasmatic nucleus. *Brain Res*. 2004;1010(1-2):169-73.
79. Benca R, Duncan MJ, Frank E, McClung C, Nelson RJ, Vicentic A. Biological rhythms, higher brain function, and behavior: Gaps, opportunities, and challenges. *Brain Res Rev*. 2009;62(1):57-70.
80. Gokben Hizli F, Yucel Agargun M. [Delayed sleep phase type sleep disorder and chronotherapy]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2009;20(2):183-7.
81. Yüksel N. Agomelatinin Klinik Kullanımı: Major Depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2012;15(1):20-8.
82. Wehr TA, Wirz-Justice A. Circadian rhythm mechanisms in affective illness and in antidepressant drug action. *Pharmacopsychiatry*. 1982;15(1):31-9.
83. Monteleone P, Martiadis V, Maj M. Circadian rhythms and treatment implications in depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011;35(7):1569-74.
84. Emilien G, Maloteaux JM. Circadian system and sleep anomaly in depression. *Ir J Psych Med*. 1999;16:18-23.
85. Çaliyurt O. Duygudurum Bozuklukları Ve Biyolojik Ritm. *Duygudurum Dizisi*. 2001;5:209-14.
86. Salvatore P, Indic P, Murray G, Baldessarini RJ. Biological rhythms and mood disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(4):369-79.
87. McClung CA. Circadian genes, rhythms and the biology of mood disorders. *Pharmacol Ther*. 2007;114(2):222-32.
88. Boivin DB. Influence of sleep-wake and circadian rhythm disturbances in psychiatric disorders. *J Psychiatry Neurosci*. 2000;25(5):446-58.

89. Wirz-Justice A. Chronobiology and psychiatry. *Sleep Med Rev.* 2007;11(6):423-7.
90. Harvey AG. Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. *Am J Psychiatry.* 2008;165(7):820-9.
91. Korczak AL, Martynhak BJ, Pedrazzoli M, Brito AF, Louzada FM. Influence of chronotype and social zeitgebers on sleep/wake patterns. *Braz J Med Biol Res.* 2008;41(10):914-9.
92. Z Pündük HG, İ Ercan. Sabahçıl-Akşamcıl Anketi Türkçe Uyarlamasında Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2005;16(1):40-5.
93. Kurt C. Kronobiyoloji ve Fiziksel Performans. *Türkiye Klinikleri J Sports Sci.* 2010;2.
94. Adan A, Lachica J, Caci H, Natale V. Circadian typology and temperament and character personality dimensions. *Chronobiol Int.* 2010;27(1):181-93.
95. Roenneberg T, Kuehnle T, Juda M, Kantermann T, Allebrandt K, Gordijn M, et al. Epidemiology of the human circadian clock. *Sleep Med Rev.* 2007;11(6):429-38.
96. Chelminski I, Ferraro FR, Petros T, Plaud JJ. Horne and Ostberg questionnaire: A score distribution in a large sample of young adults. *Personality and Individual differences.* 1997;23(4):647-52.
97. De Martino MMF, Pasetti K, Bataglioni C, Ceolimi MF. Morningness/eveningness chronobiological assessment of Dental students: chronotype. *Sleep Science.* 2010;3(1):7-10.
98. Lazar AS, Slak A, Lo JC, Santhi N, von Schantz M, Archer SN, et al. Sleep, diurnal preference, health, and psychological well-being: a prospective single-allelic-variation study. *Chronobiol Int.* 2012;29(2):131-46.
99. Barclay NL, Eley TC, Mill J, Wong CC, Zavos HM, Archer SN, et al. Sleep quality and diurnal preference in a sample of young adults: associations with 5HTTLPR, PER3, and CLOCK 3111. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2011;156B(6):681-90.

- 100.Selvi Y, Aydin A, Boysan M, Atli A, Agargun MY, Besiroglu L. Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. *Chronobiol Int.* 2010;27(9-10):1813-28.
- 101.Selvi Y, Aydin A, Atli A, Boysan M, Selvi F, Besiroglu L. Chronotype differences in suicidal behavior and impulsivity among suicide attempters. *Chronobiol Int.* 2011;28(2):170-5.
- 102.Chelminski I, Ferraro FR, Petros TV, Plaud JJ. An analysis of the "eveningness-morningness" dimension in "depressive" college students. *Journal of affective disorders.* 1999;52(1-3):19-29.
- 103.Tonetti L, Adan A, Caci H, De Pascalis V, Fabbri M, Natale V. Morningness-eveningness preference and sensation seeking. *Eur Psychiatry.* 2010;25(2):111-5.
- 104.Stolarski M, Ledzińska M, Matthews G. Morning is tomorrow, evening is today: relationships between chronotype and time perspective. *Biol Rhythm Res.* 2013;44(2):181-96.
- 105.Caci H, Bouchez J, Bayle FJ. Inattentive symptoms of ADHD are related to evening orientation. *J Atten Disord.* 2009;13(1):36-41.
- 106.Monteleone P, Catapano F, Del Buono G, Maj M. Circadian rhythms of melatonin, cortisol and prolactin in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89(6):411-5.
- 107.Coles ME, Sharkey KM. Compulsion or chronobiology? A case of severe obsessive-compulsive disorder treated with cognitive-behavioral therapy augmented with chronotherapy. *J Clin Sleep Med.* 2011;7(3):307-9.
- 108.Fornaro M. Switching from serotonin reuptake inhibitors to agomelatine in patients with refractory obsessive-compulsive disorder: a 3 month follow-up case series. *Ann Gen Psychiatry.* 2011;10(1):5.
- 109.da Rocha FF, Correa H. Is circadian rhythm disruption important in obsessive-compulsive disorder (OCD)? A case of successful augmentation

with agomelatine for the treatment of OCD. Clin Neuropharmacol. 2011;34(4):139-40.

- 110.Yazıcı K, Ertekin Yazıcı A. Dürtüselliğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(2):254-80.
- 111.Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol. 1995;51(6):768-74.
- 112.Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. Br J Soc Clin Psychol. 1977;16(1):57-68.
- 113.Ainslie G. Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. Psychol Bull. 1975;82(4):463-96.
- 114.Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. Lancet. 2001;358(9286):949-50.
- 115.Özdemir PG, Selvi Y, Aydın A. Impulsivity and Its Treatment. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2012;4(3):293-314.
- 116.Hollander E, Stein DJ. Clinical manual of impulse-control disorders. 1st ed. Arlington, VA: American Psychiatric Pub.; 2006.
- 117.Michael B. First RLS, Miriam Gibbon, Janet B. W. Williams. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV). Washington: American Psychiatric Association; 1996.
- 118.Öztürkçügil A. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi;12:233-6.
- 119.Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1006-11.
- 120.Karamustafalıoğlu O, Üçışık M, Ulusoy M, H. E. Yale Brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği güvenilirlik geçerlik çalışması. 29 Ulusal Psikiyatri Kongresi 1993. p. 23.

121. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
122. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4:251-9.
123. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-5.
124. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9(2):114-7.
125. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *Journal of affective disorders*. 2005;85(1-2):3-16.
126. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazici O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *Journal of affective disorders*. 2005;85(1-2):113-25.
127. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, et al. Barratt dürtüsellik ölçeği-11 (BIS-11)'nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2008;18(4):251.
128. Murphy DL, Timpano KR, Wheaton MG, Greenberg BD, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(2):131-48.
129. Murphy DL, Moya PR, Fox MA, Rubenstein LM, Wendland JR, Timpano KR. Anxiety and affective disorder comorbidity related to serotonin and other neurotransmitter systems: obsessive-compulsive disorder as an example of overlapping clinical and genetic heterogeneity. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2013;368(1615):20120435.

130. Hecht H, van Calker D, Spraul G, Bohus M, Wark HJ, Berger M, et al. Premorbid personality in patients with uni- and bipolar affective disorders and controls: assessment by the Biographical Personality Interview (BPI). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1997;247(1):23-30.
131. Karam EG, Salamoun MM, Yeretdzian JS, Mneimneh ZN, Karam AN, Fayyad J, et al. The role of anxious and hyperthymic temperaments in mental disorders: a national epidemiologic study. *World Psychiatry*. 2010;9(2):103-10.
132. Hantouche EG, Demonfaucon C. [Resistant Obsessive Compulsive disorder (ROC): clinical picture, predictive factors and influence of affective temperaments]. *Encephale*. 2008;34(6):611-7.
133. Bloink R, Brieger P, Akiskal HS, Marneros A. Factorial structure and internal consistency of the German TEMPS-A scale: validation against the NEO-FFI questionnaire. *Journal of affective disorders*. 2005;85(1-2):77-83.
134. Karam EG, Mneimneh Z, Salamoun M, Akiskal KK, Akiskal HS. Psychometric properties of the Lebanese-Arabic TEMPS-A: a national epidemiologic study. *Journal of affective disorders*. 2005;87(2-3):169-83.
135. Rozsa S, Rihmer Z, Gonda X, Szili I, Rihmer A, Ko N, et al. A study of affective temperaments in Hungary: internal consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R. *Journal of affective disorders*. 2008;106(1-2):45-53.
136. Vazquez GH, Nasetta S, Mercado B, Romero E, Tifner S, Ramon Mdel L, et al. Validation of the TEMPS-A Buenos Aires: Spanish psychometric validation of affective temperaments in a population study of Argentina. *Journal of affective disorders*. 2007;100(1-3):23-9.
137. Turner J, Drummond LM, Mukhopadhyay S, Ghodse H, White S, Pillay A, et al. A prospective study of delayed sleep phase syndrome in patients with severe resistant obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry*. 2007;6(2):108-11.

- 138.Merikanto I, Lahti T, Kronholm E, Peltonen M, Laatikainen T, Vartiainen E, et al. Evening types are prone to depression. *Chronobiol Int.* 2013;30(5):719-25.
- 139.Chan JW, Lam SP, Li SX, Yu MW, Chan NY, Zhang J, et al. Eveningness and insomnia: independent risk factors of nonremission in major depressive disorder. *Sleep.* 2014;37(5):911-7.
- 140.Gaspar-Barba E, Calati R, Cruz-Fuentes CS, Ontiveros-Urbe MP, Natale V, De Ronchi D, et al. Depressive symptomatology is influenced by chronotypes. *Journal of affective disorders.* 2009;119(1-3):100-6.
- 141.Hidalgo MP, Caumo W, Posser M, Coccaro SB, Camozzato AL, Chaves ML. Relationship between depressive mood and chronotype in healthy subjects. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;63(3):283-90.
- 142.Lemoine P, Zawieja P, Ohayon MM. Associations between morningness/eveningness and psychopathology: an epidemiological survey in three in-patient psychiatric clinics. *J Psychiatr Res.* 2013;47(8):1095-8.
- 143.Hsu CY, Gau SS, Shang CY, Chiu YN, Lee MB. Associations between chronotypes, psychopathology, and personality among incoming college students. *Chronobiol Int.* 2012;29(4):491-501.
- 144.Strakowski SM, Fleck DE, DelBello MP, Adler CM, Shear PK, Kotwal R, et al. Impulsivity across the course of bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2010;12(3):285-97.
- 145.Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M, Moeller FG. Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *Journal of affective disorders.* 2008;106(3):241-8.
- 146.Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *Journal of affective disorders.* 2003;73(1-2):105-11.
- 147.Najt P, Perez J, Sanches M, Peluso MA, Glahn D, Soares JC. Impulsivity and bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2007;17(5):313-20.

148. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am.* 2002;25(4):713-37.
149. Bellani M, Hatch JP, Nicoletti MA, Ertola AE, Zunta-Soares G, Swann AC, et al. Does anxiety increase impulsivity in patients with bipolar disorder or major depressive disorder? *J Psychiatr Res.* 2012;46(5):616-21.
150. Taylor CT, Hirshfeld-Becker DR, Ostacher MJ, Chow CW, LeBeau RT, Pollack MH, et al. Anxiety is associated with impulsivity in bipolar disorder. *J Anxiety Disord.* 2008;22(5):868-76.
151. Perugi G, Del Carlo A, Benvenuti M, Fornaro M, Toni C, Akiskal K, et al. Impulsivity in anxiety disorder patients: is it related to comorbid cyclothymia? *Journal of affective disorders.* 2011;133(3):600-6.
152. Del Carlo A, Benvenuti M, Toni C, Dell'osso L, Perugi G. Impulsivity in patients with panic disorder-agoraphobia: the role of cyclothymia. *Compr Psychiatry.* 2013;54(7):1090-7.
153. Caci H, Mattei V, Bayle FJ, Nadalet L, Dossios C, Robert P, et al. Impulsivity but not venturesomeness is related to morningness. *Psychiatry Res.* 2005;134(3):259-65.

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

Adı Soyadı:

No:

Yaş:

Medeni durumu:

Eğitim durumu :

Hastalık başlangıç yaşı:

Obsesyon tipi:

(bulaşma, kuşku, somatik, simetri, agresif, cinsel, dinsel, obsesyon)

Kompulsiyon tipi:

(kontrol etme, yıkama, sayma, sorma- anlatma -dua etme, simetri –düzen, biriktirme)

Seyir:

Tedavi öyküsü:

Antidepresanlara yanıt (ilaca bağlı manik kayma):

Çocukluk çağı psikiyatrik öykü:

Tik:

Trikotillomani:

Aile öyküsü:

Psikiyatrik bozukluk öyküsü:

OKB öyküsü:

Ailede tik öyküsü:

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS) – Açıklamalar ve Değerlendirme

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

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

0: Yok

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

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

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

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

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

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

0: Hiç

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

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

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

4: Çok ağır , iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

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

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

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

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

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

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

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

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

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

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

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

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECE

Soru : Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolunuz var?

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

0: Tam kontrol edebiliyor.

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

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

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

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

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

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

0: Hiç

- 1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)
- 2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).
- 3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).
- 4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

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

0: Hiç

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

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

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

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

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

0: Hiç.

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

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

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

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

9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

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

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

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

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

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

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ

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

0: Tam kontrol edebiliyor.

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

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

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

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

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

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

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

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

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

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

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

12. KAÇINMA

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

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

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

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

13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ

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

0: Yok.

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

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

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

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

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

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

0: Yok.

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

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

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

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

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

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

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

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

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

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

16. PATALOJİK KUŞKU

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

0: Hiç.

- 1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.
- 2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.
- 3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.
- 4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta "Gördüklerime aklım güvenmiyor." diye belirtir).

17. GENEL ŞİDDET

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

0: Hastalık yok.

- 1: Hafif, kuşkulu veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.
- 2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.
- 3: Orta şiddette semptomlar. Çabayla işlevlerini yerine getirebiliyor.
- 4: Orta – ağır şiddette semptomlar. İşlevler kısıtlanmış.
- 5: Ağır semptomlar. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor.
- 6: Çok ağır semptomlar. Tümüyle iş göremez durumda

18. GENEL DÜZELME

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

0: Çok daha kötü.

- 1: Daha kötüye gidiş.
- 2: Çok az kötüye gidiş var.
- 3: Değişiklik yok.
- 4: Çok az iyileşme var.
- 5: Epeyce iyileşme var.
- 6: Çok fazla iyileşme var.

19. GÜVENİLİRLİK

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

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

- 1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir.
- 2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir.
- 3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

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

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. DEPRESE DUYGUDURUM

(Keder, umutsuzluk, değersizlik, çaresizlik)

- & Son 7 gün içerisinde moraliniz nasıldı?
- & Kendinizi çöküntüde veya kötü hissediyor muydunuz?
- & Kederlilik, umutsuzluğunuz var mıydı?
- & Son 7 gün içinde ne kadar süreyle kendinizi böyle hissettiniz? Her gün? Bütün gün?
- & Hiç ağlıyor muydunuz?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hastanın her zamankinden daha çökkün olduğuna tam olarak emin olunamıyor.

2= HAFİF

Hasta bu duygularını sözel olarak kendiliğinden ifade ediyor. Ağlama eğilimleri var.

3= ORTA

Hastanın bu hali yüz mimikleri, duruşu ve sesinden açıkça anlaşılıyor. Görüşmede ağlayabilir.

4= AĞIR

Hastanın bu duygularını sözlü veya sözsüz olarak ifade edişi görüşmeye hakim. Hastanın dikkati başka yöne çekilemiyor.

2. İŞ VE ETKİNLİKLER

(Hasta ilk görüşmede hastanede yatmaktaysa 4 puan işaretlenir. Takip görüşmelerinde hastanede olsa bile bulgularında düzelme varsa diğerleri gibi değerlendirilir)

- & Son 7 gün içerisinde zamanınızı nasıl geçiriyordunuz (iş dışı zamanlarda)?
 - & Bunları ilgi duyarak mı, yapmak zorunda olduğunuz için mi yaptınız?
 - & Eskiden yapıp da şu anda yapmayı bıraktığınız şeyler var mı?
 - & Hevesle beklediğiniz herhangi bir şey var mı?
- (TAKİPTE: İlginiz eski normal haline döndü mü?)

0= Normal iş etkinlikleri.

1= Hasta işi ve/veya iş dışı ilgi alanlarıyla ilgili yetersizlik duygularını ifade eder, motivasyon eksikliğini belli eder. Bütün bunlara karşın işini belirgin bir aksama görülmeden yapabilmektedir.

2= İşine ve iş dışı alanlara karşı belirgin motivasyon eksikliği vardır. Çalışma kapasitesi azalmıştır. Eski çalışma hızına ulaşamaz. Bazı günler işe gitmez veya işten erken ayrılmaya çalışır. İş yerinde veya evde yapılması gereken işlerle veya başka işlere karşı kayıtsızlığı, aile ve iş arkadaşları tarafından belirtilir veya bunları kendisi ifade eder. Yatan hastalarda: Tüm gün hastası ise gündüz hastası konumuna geçebilir durumdadır. Evde veya hastanede günlük etkinliklere 3-4 saat katılmaktadır.

3= Hastanın işine ayırdığı zaman ileri derecede azalmış, verimi belirgin derecede düşmüştür. Çalışamayacağı için rapor verilmesi gerekmektedir. Yatan hastalar servis etkinliklerine 3. saatten az katılmaktadır.

4= Hastalığından dolayı kesinlikle çalışamaz durumdadır. Hastanede yatan hastalar servis işlerini yarımsız yapamaz ya da yapsa bile bunlar dışında etkinliği yoktur.

3. GENİTAL BELİRTİLER (CİNSEL İLGI)

(Bu konuda bilgi alınamazsa 0 işaretlenmelidir. Adet düzensizlikleri burada belirtilmelidir ve 2 işaretlenir.)

(Örneğin libido kaybı, menstruel bozukluk gibi)

& Son 7 gün içerisinde cinsel isteğiniz nasıldı?

(Cinsel ilişkide bulunup bulunmadığınızı değil, cinsel isteğinizi soruyorum, bu konuyu ne kadar düşünüyorsunuz?)

& Cinsel isteğinizde bir değişiklik oldu mu?

(Çökkün olmadığınız döneme göre)

& Cinsellik sıkça düşündüğünüz bir konu mu?

Hayır ise: Bu sizin için farklı bir durum mu?

0= Cinsel ilgi her zamanki gibi.

1= Şüpheli veya hafif azalmış cinsel ilgi ve zevk.

2= Cinsel ilgide açık azalma

Erkeklerde sıklıkla fonksiyonel impotans, kadınlarda uyarılma eksikliği veya açık iğrenme duyguları, adet düzensizlikleri.

4. SOMATİK BELİRTİLER (GASTROİNTESİNAL)

Anksiyetenin GIS belirtileri, örneğin midesinde kelekler pır pır etmektedir vb. Hipokondriyaklık başlığı altında ele alınması gereken nihilistik sanrılardan, örn. barsaklarında haftalardır hareket yok - ayırt edilmelidir. Aşırı yemek yemek anksiyete bulgusudur.

& Son 7 gün içerisinde iştahınız nasıldı? (Her zamanki iştahınızla karşılaştığınızda nasıl?)

& Yemek için kendini zorlamak zorunda kaldınız mı?

& Çevrenizdeki insanlar yemeniz için ısrar etmek zorunda kaldı mı?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

İştahsız, kendi kendine yemek yiyor, ama yediklerinde tat yok, bazen kabız.

2= VAR

Yemek alımı azalmış. Hastanın yemek yemesi için teşvik edilmesi gerekiyor. Kural olarak kabız. Laksatif gereksinimi duyuyor, ancak bundan fayda görmüyor.

5. ERKEN UYKUSUZLUK (UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ)

& Geçtiğimiz hafta boyunca uykunuz nasıldı?

& Geceleri uykuya dalmakta zorluk çektiniz mi?

(Yatağa yattıktan sonra, uykuya dalmanız ne kadar süre alıyordu?)

& Son 7 gün içinde kaç gece uykuya dalmakta güçlük çektiniz.

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hasta, son üç gecedan en az birinde uykuya dalmadan önceki yarım saat, yatakta uyanık kalmıştır.

2= VAR

Hasta son üç gece yatakta yarım saatten fazla uyanık kalmıştır.

6. ORTA UYKUSUZLUK (UYKUYU SÜRDÜRME GÜÇLÜĞÜ)

(Hasta gece yarısı ile saat 05:00 arasında bir veya birden fazla uyanıyor mu? Eğer idrar yapmak içinse ve ardından hemen uykuya dalıyorsa 0 işaretlenir.)

& Son 7 gün boyunca gece yarısı uyanıyor muydunuz?

EVET ise: Yataktan kalkıyor musunuz?

& Kalkınca ne yaparsınız? (Sadece banyoya, tuvalete mi gidersiniz?)

& Peki yatağa döndüğünüzde hemen uyuyabiliyor musunuz?

& Bazı geceler uykunuzun rahatsız ve huzursuz olduğunu hissettiniz mi?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hasta son 3 gecede 1 veya 2 kere gece boyu uykusuzluktan, huzursuzluktan yakınır.

2= VAR

Her gece en az bir kere uyanırsa veya son üç gecedan herhangi birinde tuvalet gereksinimi dışında yataktan kalkarsa.

7. GECE UYKUSUZLUK (ERKEN UYANMA)

(Hasta planladığından ya da koşullarının gerektirdiğinden 1 saat önce veya daha erken uyanır.)

& Son 7 gün içerisinde sabahları en geç olarak ne zaman uyanıyordunuz?

ERKEN ise: Saatin alarmıyla mı, yoksa kendi kendinize mi uyanıyordunuz?

& Genellikle ne zaman uyanırsınız (yani, bu çökkün durumunuz ortaya çıkmadan önce)?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Uyarı ama tekrar uykuya dalar.

2= VAR

Sürekli erken uyanır ve bir daha uyuyamaz.

8. GENEL BEDENSEL BELİRTİLER

(Yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı gibi duygular. Genel kas ağrıları)

& Son 7 gün içerisinde gücünüz-kuvvetiniz nasıldı?

& Her zaman yorgun muydunuz?

& Bu hafta hiç sırt ağrınız, baş ağrısı ya da adale ağrınız oldu mu?

& Bu hafta kol ve bacaklarınızda, sırtınızda veya başınızda herhangi bir ağırlık hissettiniz mi?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Çok hafif kas yorgunluğu ve diğer bedensel rahatsızlıklar.

2= VAR

Açıkça veya sürekli yorgunluk, bitkinlik, herhangi bir kesin yakınma.

9. SUÇLULUK DUYGULARI

& Son 7 gün içerisinde, özellikle, bazı şeyleri yanlış yaptığınız veya insanları hayal kırıklığına uğrattığınızı hissederek kendinizi eleştiriyor muydunuz?

EVET ise: Bu düşünceleriniz nelerdi?

& Yaptığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey için suçluluk hissediyor muydunuz?

& Bu rahatsızlığı (çöküntüyü) bir şekilde kendi başınıza kendinizin getirdiğini düşündünüz mü?

& Hasta olmakla cezalandırılıyormuş gibi hissediyor muydunuz?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hastalığı sırasında ailesine yük olduğunu, ailesini ve arkadaşlarını hayal kırıklığına uğrattığını ve/veya onları ihmal ettiğini düşünüyor.

2= HAFİF

Hastalığı öncesinde olay ve durumlarla ilgili suçluluk duyguları var. Örneğin geçmişteki küçük ihmalkarlıkları veya hataları, görevini yapmamış olma duygusu, başkalarına zarar verdiği düşüncesi.

3=ORTA

Hastalığı yüzünden çektikleri kendisine verilmiş bir cezadır. Hasta bu duygusunun temelsiz olduğunu farkedebileceği sürece 3 işaretlenmelidir.

4= AĞIR

Suçlulukla ilgili varsanılar. Suçluluk duyguları yerleşmiştir ve her türlü karşı görüşe direnir. Hatta suçlayan, tehdit eden sesler işitebilir veya benzeri temalarda görsel varsanılar tanımlayabilir.

10. İNTİHAR

(İlk puanlamada herhangi bir intihar girişimi 4 puan olarak değerlendirilmelidir. İzleme değerlendirmelerinde bu dikkate alınmaz.)

& Geçen hafta içerisinde hiç hayatın yaşamaya değer olmadığı şeklinde düşünceleriniz oldu mu?

& Geçen hafta içerisinde ölsem daha iyi diye düşündüğünüz oldu mu?

& Peki ya kendinize zarar verme veya hatta kendinizi öldürmeyle ilgili bir planınız oldu mu?

EVET ise: Neler düşündünüz?

& Gerçekten kendinize zarar verecek bir şey yaptınız mı?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hayatın yaşamaya değmediğini düşünür ama ölsem isteğiyle ilgili bir düşüncesi yoktur.

2= HAFİF

Ölüm isteğinden söz eder, ancak kendisini öldürmekle ilgili planları yoktur.

3= ORTA

İntihar düşünceleri, planları, intihara yönelik hareketler. Hastanın intihar etme olasılığı vardır.

4= AĞIR

Hasta önceki günlerde intihar girişiminde bulunmuştur. Herhangi bir intihar girişimi, ani bir kararı takip etse de 4 işaretlenmelidir.

11. RUHSAL ANKSİYETE

(Gerginlik, tedirginlik, güvensizlik duyguları, nedensiz korku, kaygı, tasalanma, iritabilite)

& Son 7 gün içerisinde kendinizi özellikle gergin veya sinirli hissediyor muydunuz?

& Normalde kaygılanmayacağınız önemsiz küçük şeyler için çok fazla kaygılandınız mı? Bunlar günlük hayatınızı etkiledi mi?

EVET ise: Örneğin ne gibi?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hastanın her zamanki halinden daha gergin, güvensiz olduğu şüpheli.

2= HAFİF

Hasta anksiyetesini açık bir şekilde anlatıyor ve bunu kontrol etmekteki güçlüğü ifade ediyor. Ancak kaygıları önemsiz konulardadır ve günlük hayatı etkilemez.

3= ORTA

Hasta önemli konularda olabilecek kötü olaylar konusunda kaygı duymaktadır. Zaman zaman anksiyetesini kontrol edemez ve paniğe kapılır. Günlük hayatı etkilemektedir. Yüz ifadesinden endişesi gözlenir.

4= AĞIR

Hasta daha sorulmadan korkularını anlatır. Bunlar sık sık gelmekte ve hastanın günlük hayatını belirgin biçimde etkilemektedir.

12. BEDENSEL ANKSİYETE

Anksiyetelerin fizyolojik eşlik edenleri, örneğin:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, hazımsızlık, ishal, kramplar, geğirme.

Kardiyovasküler: Kalp çarpıntısı, baş ağrıları.

Solunum: Aşırı nefes alma, iç çekme, sık sık idrara çıkma, terleme.

Son 7 gün içerisinde aşağıdaki bedensel belirtilerden herhangi biri var mıydı? (Listeyi oku, her birinden sonra cevap için durakla.)

& Geçen hafta bu şeyler sizi ne kadar rahatsız ediyordu? (Ne kadar kötüydü, ne kadar zaman ve ne sıklıkta bunlar vardı?)

NOT: Açık bir şekilde ilaca bağlı ise -örneğin, imipramine bağlı ağız kuruluğu- derecelendirme-yiniz.

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hasta ara ara sindirim sistemi ile ilgili yandaki belirtiler, terleme ve titreme gibi hafif belirtileri farketmektedir. Ancak bunları çok açık şekilde tanımlanmaz.

2= HAFİF

Belirtiler hasta tarafından açık bir şekilde tanımlanmaktadır. Zaman zaman olmaktadır. Günlük yaşamı engellemez.

3= ORTA

Belirgin ve hastada ciddi endişe yaratır. Zaman zaman günlük yaşamı etkiler.

4= AĞIR

Anksiyetenin birçok fizyolojik belirtisini birarada tarif eder. Bunlar kalıcıdır ve hastanın günlük yaşamını belirgin biçimde etkilemektedir.

13. HIPOKONDRIYAZİS

(Bedensel hastalık yokluğunda vücut belirtileriyle kuruntulanma. Hipokondriyak kişilik eğilimleri ayrı tutulmalıdır.)

& Son 7 gün içerisinde, düşünceleriniz ne kadar vücut sağlığını veya vücudunuzun nasıl çalıştığı üzerinde toplanmıştı? (Normal düşüncenize kıyasla)

& Bedensel olarak kendinizi nasıl hissettiğiniz konusunda çok şikayet eder miydiniz?

& Aslında kendi başınıza yapabileceğiniz şeyler için başkalarından yardım istediniz mi?

EVET ise: Örneğin ne gibi? Bu ne sıklıkta oldu?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Vücut belirtileri ve işlevleri ile normalden biraz daha fazla ilgili.

2= HAFİF

Fizik sağlığı konusunda açık kaygıları var. Sürekli sağlığı ile ilgileniyor.

3= ORTA

Hasta bütün belirtilerini açıklayacak bir hastalığı olduğuna inanmaktadır (beyin tümörü, kanser vb.) Hasta böyle bir hastalığı olmadığına kısa bir süre için ikna edilebilir.

4= AĞIR

Kuruntulanması paranoid boyutlara ulaşmıştır. Hipokondriyak sanrıları nihilistik bir karakter taşır (içi çürümektedir, barsakları tıkanmıştır vb.). Hasta ikna edilemez.

14. İÇGÖRÜ (İÇGÖRÜ KAYBI)

GÖZLEM ESASTIR

& Hastalığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

& Hastalığınızı neye bağlıyorsunuz?

0= Hasta depresif belirtilerinin varlığını veya bir sinir hastalığı olduğunu kabul eder.

1= Hasta olduğunu kabul eder ancak bunu ilgisiz şeylere (kötü hava, iklim, aşırı çalışma gibi) bağlar.

2= Hasta olduğunu kabul etmez. Sanrıları olan hastalar, tanım olarak içgörülerini kaybetmişlerdir.

15. RETARDASYON

(Düşünce ve konuşmada yavaşlama, hareketlerde azalma, dikkatini toplayamama, mimiklerinde konuşmaya eşlik eden el-kol hareketlerinde azalma.)

GÖRÜŞME SİRASINDAKİ GÖZLEME
DAYANARAK DERECELENDİRİN

& Konuşmanız her zamanki hızında mı?

0= Normal konuşma ve motor etkinlik. Buna eşlik eden yüz mimikleri.

1= Konuşma hızı hafif veya şüpheli olarak yavaşlamış. Hareketleri yavaşlamış olabilir.

2= Konuşma hızı belirgin olarak yavaşlamıştır. Duraklamalar vardır. Yüz mimikleri azalmıştır.

3= Görüşme kısa yanıtlar, uzun duraksamalar nedeniyle açık bir şekilde uzamakta, zor tamamlanmaktadır. Bütün hareketler ileri derecede yavaşlamıştır.

4= Görüşme tamamlanamaz. Stupor.

16. AJITASYON (HUZURSUZLUK)

GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME
DAYANARAK DERECELENDİRİN

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Belli belirsiz bir huzursuzluk vardır. Konuşurken oturuş şeklini değiştirmek, başını kaşımak gibi

2= HAFİF

Elleriyle oynar, otururken sürekli pozisyon değiştirir. Yatan hastalarda huzursuzluk gözlenir, ara ara koridorda tur atarlar.

3= ORTA

Hasta görüşme süresince oturamaz. Yatan hastalar sürekli koridorda dolaşır.

4= AĞIR

Sürekli hareket halinde, elbisesini çekiştiriyor, saçlarını yoluyor vb. Görüşmeyi sürdürmek zor.

17. KİLO KAYBI (ZAYIFLAMA)

(Mümkün olduğunca nesnel bilgi almaya çalışmalı, bu yapılamazsa tahminde tutucu davranarak mümkün olan en düşük puan işaretlenmelidir. Hastanın giysilerinin bollaşması sorulabilir. Hasta zayıflama diyeti yapıyorsa, daha önce yaptığı diyetlerin sonuçları araştırılmalıdır. Bazı hastalar aşırı yemek yedikleri için kilo alırlar; 0 işaretlenmeli ve sonraki değerlendirmeler için not edilmelidir.)

& Bu çöküntü başladığından beri kilo kaybettiniz mi?

EVET ise: Ne kadar?

EMİN DEĞİL ise: & Giyeceklerinizin size bol gelmeye başladığını düşündünüz mü?

TAKİPTE: Hiç geri kilo aldınız mı?

0= Kilo kaybı yok

1= İlk değerlendirmede 1-2.5 kg kayıp. Takip değerlendirmelerinde haftada 0.5 kg kayıp.

2= İlk değerlendirmede 3 kg'dan fazla kayıp. Takip değerlendirmesinde haftada 1 kg veya daha fazla kayıp.

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

Birini İşaretleyin

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. DEPRESİF MİZAÇ: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

TOPLAM:

PSİŞİK:

(1,2,3,5,6)

SOMATİK

(4,7,8,9,10,11,12,13)

Değerlendiren Dr:

DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Hızla karar veririm				
4. Hiç bir şeyi dert etmem				
5. Dikkat etmem				
6. Uçuşan düşüncelerim var				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8. Kendimi kontrol edebilirim.				
9. Kolayca konsantre olurum				
10. Düzenli para biriktirim				
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam				
12. Dikkatli düşünen birisiyim				
13. İş güvenliğine dikkat ederim				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim				
16. Sık sık iş değiştiririm				
17. Düşünmeden hareket ederim				
18. Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıkılırım				
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim				
20. Düşünerek hareket ederim				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım				
23. Aynı anda sadece birtek şey düşünebilirim				
24. Hobilerimi değiştiririm				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım				
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur				
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam				
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim				
30. Geleceğini düşünen birisiyim				

SABAHLILIK AKŞAMLILIK ANKETİ

Ad ve soyadınızın baş harfleri:
Cinsiyetiniz: E() K()

Yaşınız:
Tarih:

İnsanlar yaşam biçimleri, uyku-uyanıklık düzenleri ve gösterdikleri performansların zamanı bakımından "sabah tipi" ve "akşam tipi" şeklinde sınıflandırılabilirler. Aşağıda bununla ilgili sorular bulunmaktadır. Lütfen her bir soruyu cevaplandırmadan önce dikkatli bir şekilde okuyun. Tüm soruları cevaplandırın. Her bir soru için cevabınız diğerlerinden bağımsız olmalıdır, geri dönmeyin ve cevaplarınızı kontrol etmeyin. Her bir soru için bir tek cevap seçin. Bazı sorularda cevap olarak bir cetvel bulunmaktadır. Size doğru gelen seçeneği cetvel üzerinde ya da uygun sayıyı dikkate alarak işaretleyin.

SORULAR

1. Eğer gündüz planlarınızı başkalarından bağımsız olarak tek başınıza yapabilmiş olsaydınız saat kaç civarında yataktan kalkmak sizin için en uygunu olurdu?

- Sabah 05:00-Sabah 06:30 ()-> 5
Sabah 06:30-Sabah 07:45 ()-> 4
Sabah 07:45-Sabah 09:45 ()-> 3
Sabah 09:45-Sabah 11:00 ()-> 2
Sabah 11:00-Öğle 12:00 ()-> 1
Öğle 12:00-Sabah 05:00 ()-> 0

2. Eğer akşam planlarınızı başkalarından bağımsız olarak tek başınıza yapabilmiş olsaydınız saat kaç civarında yatmak sizin için en uygunu olurdu?

- Akşam 20:00-Gece 21:00 ()-> 5
Gece 21:00-Gece 22:15 ()-> 4
Gece 22:15-Gece yarısından sonra 24:30 ()-> 3
Gece yarısından sonra 24:30-Sabah 01:45 ()-> 2
Sabah 01:45-Sabah 03:00 ()-> 1
Sabah 03:00-Sabah 08:00 ()-> 0

3. Sabahları belli bir saatte kalkmak zorunda olduğunuzda saat kurup zil sesiyle uyanmaya ne derecede kendinizi bağımlı hissedersiniz?

- Hiç bağımlı hissetmem ()-> 4
Çok az bağımlı hissedirim ()-> 3
Oldukça bağımlı hissedirim ()-> 2
Çok bağımlı hissedirim ()-> 1

4. Çevresel şartlar tam olarak uygun olsa sabahları yataktan kalkmak size ne denli kolay gelir?

- Asla kolay gelmez ()-> 1
Çok kolay gelmez ()-> 2
Oldukça kolay gelir ()-> 3
Çok kolay gelir ()-> 4

5. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat içinde kendinizi ne denli canlı ve uyanık hissedersiniz?

- Asla canlı hissetmem ()-> 1
Hafif canlı hissedirim ()-> 2
Oldukça canlı hissedirim ()-> 3
Çok canlı hissedirim ()-> 4

6. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat süresince iştahınız nasıldır?

- Çok kötü ()-> 1
Oldukça kötü ()-> 2

Oldukça iyi ()-> 3
Çok iyi ()-> 4

7. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat içinde kendinizi ne denli yorgun hissedersiniz?

Çok yorgun ()-> 1
Oldukça yorgun ()-> 2
Oldukça dinlenmiş ()-> 3
Çok dinlenmiş ()-> 4

8. Ertesi güne ait bir randevu ya da işiniz olmadığında her zamanki yatma vaktinize göre erken ya da geç mi yatarsınız?

Asla geç yatmam ()-> 4
1 saatten daha az geç yatarım ()-> 3
1-2 saat daha geç yatarım ()-> 2
2 saatten daha fazla gecikirim ()-> 1

9. Biraz fiziksel egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınız da bunu haftada iki kez ve birer saat yapmanızın uygun olduğunu belirterek bunun için en iyi zamanın sabah 07:00-08:00 arası olduğunu söyledi. En iyi performans elde etmeyi hedef alarak bunun ne düzeyde gerçekleştirebileceğini düşünürsünüz?

İyi bir şekilde gerçekleştireceğini düşünürüm ()-> 4
Orta derecede başarılı olurum ()-> 3
Güç olacaktır ()-> 2
Çok güç olacaktır ()-> 1

10. Uyku ihtiyacınızın artmasına bağlı olarak gün içinde saat kaç sularında kendinizi yorulmuş hissedersiniz?

Akşam 20:00-Gece 21:00 ()-> 5
Gece 21:00-Gece 22:15 ()-> 4
Gece 22:15-Gece yarısından sonra 24:45 ()-> 3
Gece yarısından sonra 24:45-Sabah 02:00 ()-> 2
Sabah 02:00-Sabah 03:00 ()-> 1

11. Bir güne ait planlarınızı tam olarak kendinizin ayarladığını düşünün. Size, iki saat sürecek ve sonunda zihinsel olarak yorgun düşürecek bir başarı testi uygulanacak olsa en iyi performansı gösterebilmeniz için bu testin hangi saat diliminde uygulanması sizce uygun olur?

Sabah 08:00-Sabah 10:00 ()-> 4
Sabah 11:00-Öğleden sonra 13:00 ()-> 3
Öğleden sonra 15:00-Öğleden sonra 17:00 ()-> 2
Akşam 19:00-Gece 21:00 ()-> 1

12. Gece saat 23.00'de yattığınızı düşünün. Yatağa yattığınızda kendinizi ne düzeyde yorgun hissedersiniz?

Hiç yorgun hissetmem ()-> 1
Çok az yorgun hissedirim ()-> 2
Oldukça yorgun hissedirim ()-> 3
Çok fazla yorgun hissedirim ()-> 4

13. Bir takım nedenlerden ötürü her zamankinden 3-4 saat daha geç yattığınızı ancak ertesi sabah belli bir saatte kalkmanız gerekmediğini düşünün. Aşağıdakilerden hangisi yatış ve kalkış zamanınızı en iyi tanımlar?

Her zamanki vakitte uyanırım ve tekrar uyumam ()-> 4
Her zamanki vakitte uyanırım ama daha sonra hafifçe uyuklarım ()-> 3
Her zamanki vakitte uyanırım ama tekrar uykuya dalarım ()-> 2
Her zamankinden geç uyanırım ()-> 1

14. Sabah 04:00-06:00 arası nöbet tuttuğunuzu ve uyanık durmak zorunda olduğunuzu düşünün. Ertesi güne ait bir randevunuz da yok. Böyle bir durumda aşağıdakilerden hangisini yaparsınız?

- Nöbet bitene kadar yatmam ()-> 1
 Nöbetten önce hafif bir şekerleme yapar ve nöbetten sonra uyurum ()-> 2
 Nöbetten önce uyur nöbetten sonra da biraz kestiririm ()-> 3
 Nöbetten önce iyice uyur ve uykumu almış olurum ()-> 4

15. İki saat süreyle bedensel olarak sıkı bir şekilde çalışmak zorunda olduğunuzu düşünün. Günlük çalışma planınızı ayarlamakta da tamamıyla serbest olsanız aşağıdaki zaman dilimlerinden hangisi sizin için en iyi çalışma zamanıdır?

- Sabah 08:00-Sabah 10:00 ()-> 4
 Sabah 11:00-Öğleden sonra 13:00 ()-> 3
 Öğleden sonra 15:00-Öğleden sonra 17:00 ()-> 2
 Akşam 19:00-Gece 21:00 ()-> 1

16. Sıkı bir fiziksel egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınız da bunu haftada iki kez ve birer saat yapmanızın uygun olduğunu belirterek bunun için en iyi zamanın gece 22:00-23:00 arası olduğunu söyledi. En iyi performansı elde etmeyi hedef alarak bunun ne düzeyde gerçekleştirebileceğini düşünürsünüz?

- İyi bir şekilde gerçekleştireceğini düşünürüm ()-> 1
 Orta derecede başarılı olurum ()-> 2
 Güç olacaktır ()-> 3
 Çok güç olacaktır ()-> 4

17. Çalışma saatlerinizi kendinizin belirlediğinizi düşünün. Günde 5 saat (yemek arası dâhil) çalıştığınızı, işinizin ilginç bir iş olduğunu, severek çalıştığınızı ve elde ettiğiniz başarıya göre de ücret aldığınızı farz edin. Böyle bir durumda 5 saatlik çalışma sürenizi başlatmak için hangi saatleri seçerdiniz?

- Sabah 04:00-Sabah 08:00 ()-> 5
 Sabah 08:00-Sabah 09:00 ()-> 4
 Sabah 09:00-Öğleden sonra 14:00 ()-> 3
 Öğleden sonra 14:00-Öğleden sonra 17:00 ()-> 2
 Öğleden sonra 17:00-Sabah 04:00 ()-> 1

18. Gün içinde kendinizi en iyi hissettiğiniz zaman dilimi hangisidir?

- Sabah 05:00-Sabah 08:00 ()-> 5
 Sabah 08:00-Sabah 10:00 ()-> 4
 Sabah 10:00-Öğleden sonra 17:00 ()-> 3
 Öğleden sonra 17:00-Gece 22:00 ()-> 2
 Gece 22:00-Sabah 05:00 ()-> 1

19. İnsanlar yaşam biçimleri, uyku-uyanıklık düzenleri ve gösterdikleri performansların zamanı bakımından "sabah tipi" ve "akşam tipi" şeklinde sınıflandırılabilirler. Aşağıdakilerden hangisi bu bakımdan sizi en iyi şekilde tanımlar?

- Kesinlikle sabah tipi ()-> 6
 Akşam tipinden daha ziyade sabah tipi ()-> 4
 Sabah tipinden daha ziyade akşam tipi ()-> 2
 Kesinlikle akşam tipi ()-> 0

Teşekkürler!

TEMPS-A MİZAÇ ÖLÇEĞİ

(Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego - Autoquestionnaire)

Ad-Soyad:

Soruları Nasıl Yanıtlayacaksınız?

Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra yaşamınızın büyük bir bölümü için size uyup uymadığına karar verin.

"Nasıl birisi olduğunuzu, çevrenizdeki insanların sizi nasıl anlattığını, çocukluğunuzda ve gençliğinizde nasıl birisi olduğunuzu, bu özelliklerin sizin huyunuzu suyunuzu anlatıp anlatmadığını" düşünerek:

- Eğer cümle size "kesinlikle uyuyorsa" → (D) Doğru'yu daire içine alınız.
- Eğer cümle size "tam olarak uymuyorsa"
ya da "yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa" → (Y) Yanlış'ı daire içine alınız.
- Her cümleyi Doğru ya da Yanlış olarak cevaplayınız. Lütfen boş bırakmayınız.
- Bu cümlelerin herkes için geçerli doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size uyan cevabı işaretleyiniz.

Teşekkür ederiz

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size "kesinlikle uyuyorsa" → (D) Doğru

"tam olarak uymuyor" ya da

"yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa" → (Y) Yanlış

1. D Y Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. D Y İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. D Y Hayatım boyunca çok çektim.
4. D Y İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. D Y Kolay pes ederim.
6. D Y Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. D Y Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. D Y Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. D Y Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. D Y İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
20. D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
21. D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
22. D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
23. D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
24. D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
25. D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
26. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.

27. D Y Canlılık ve uyşukluk arasında sürekli gider gelirim.
28. D Y Bazen yataa      n girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
29. D Y Bazen yataa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
30. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
31. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
32. D Y Dışa d  n  kl  kle i e kapanma arasında gider gelirim.
33. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
34. D Y Bazen herşeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarımla.
35. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
36. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
37. D Y Kolay açık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
38. D Y çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
39. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir ş  lendir.
40. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
41. D Y Herşeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
42. D Y Kendime müthiş güvenirim.
43. D Y Sıklıkla büyük fikirler   retirim.
44. D Y Her zaman birşeylerle meşgul  md  r.
45. D Y Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.
46. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
47. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
48. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
49. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
50. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
51. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
52. D Y C  mertim ve başkaları için bol para harcarım.
53. D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
54. D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissedirim.
55. D Y İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.
56. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir

- tartışmaya girebilirim.
57. D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
58. D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
59. D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatı bir kişiyim.
60. D Y Çok yakınıyorum.
61. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
62. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
63. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
64. D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
65. D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiç bir şey görmüyor.
66. D Y Terslendiğimde kavga edebilirim.
67. D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
68. D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
69. D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
70. D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
71. D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
72. D Y Küfürbaz olarak bilinirim.
73. D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
74. D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
75. D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
76. D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
77. D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
78. D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
79. D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
80. D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
81. D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
82. D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
83. D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
84. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
85. D Y Sık sık midem bozulur.
86. D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
87. D Y Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.
88. D Y Heyecanlandığımda tualete dah sık gitmek zorunda kalırım.
89. D Y Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
90. D Y Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.

- | | | | |
|-----|---|---|---|
| 91. | D | Y | Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor. |
| 92. | D | Y | Uykum dinlendirici değil. |
| 93. | D | Y | Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim. |
| 94. | D | Y | Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır. |
| 95. | D | Y | Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır. |
| 96. | D | Y | Kendimi güvende hissetmiyorum. |
| 97. | D | Y | Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar. |
| 98. | D | Y | Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım. |
| 99. | D | Y | Ani sesler beni kolayca irkiltir. |

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatla bir kişiyim.