

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
İÇGÖRÜ VE DUYGU DIŞAVURUM İLE İLİŞKİSİ

Dr. Ayşe ÖZKİRİŐ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI
Prof. Dr. Gökay AKSARAY

ESKİŞEHİR
2011

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
İÇGÖRÜ VE DUYGU DIŞAVURUM İLE İLİŞKİSİ

Dr. Ayşe ÖZKİRİŐ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2011

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Ayşe ÖZKIRIŞ'a ait "Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda içgörü ve duygu dışavurum ile ilişkisi" adlı çalışma, jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:11.04.2011

Jüri Başkanı Prof. Dr. Gökay AKSARAY
Psikiyatri Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU
Psikiyatri Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ
Psikiyatri Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun
.....Tarih ve Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Necmi ATA
Dekan

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince büyük emeği geçen ve eğitimimin her aşamasında ilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarıma; başta tez danışmanım Prof. Dr. Gökay AKSARAY'a, Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU'na, Prof. Dr. Gülten SEBER'e, Prof. Dr. Atila EROL'a, Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ'e, Yrd. Doç. Dr. Gülcan GÜLEÇ'e, Öğr. Gör. Dr. Altan EŞSİZOĞLU'na, birlikte çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve Psikiyatri Anabilim Dalı'nın tüm çalışanlarına teşekkür ederim.

ÖZET

Özkırış, A. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda İçgörü ve Duygu Dışavurum İle İlişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2011. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)'da hastalık seyrini ve tedavi cevabını etkileyen faktörlerden biri; hastanın içgörüsüdür. Çeşitli çalışmalarda OKB'u olan hastalar arasında içgörüsü az olan OKB oranı %15-36 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne ardışırba başvuran, DSM-IV-TR ölçütlerine göre OKB tanısı konan 63 (43kadın, 20erkek) hastada, içgörü düzeyinin hastalığın klinik özellikleri ve duygu dışavurum ile ilişkisi araştırılmıştır. Hastaların içgörü düzeyi Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği kullanılarak belirlendi. Klinik özellikleri saptamak için, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği; duygu dışavurum düzeyini saptamak için Duygu Dışavurum Ölçeği ve Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği kullanıldı. İçgörüsü az olan OKB hastaları(n:20, %31.7) ile içgörüsü iyi olan OKB hastaları karşılaştırıldığında; yaş, cinsiyet, hastalığın başlama yaşı, hastalık süresi, hospitalizasyon öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve halen kullandığı ilaçlar yönünden farklılık saptanmazken; obsesif-kompulsif semptom şiddeti ($p<0.001$), anksiyete semptom şiddeti ($p=0.007$) depresyon semptom şiddeti ($p=0.03$), hastanın ifade ettiği duygu dışavurum düzeyi ($p=0.03$) ve hasta yakınının ifade ettiği duygu dışavurum düzeyi ($p=0.04$) anlamlı olarak yüksek saptandı. İçgörü düzeyi; hastalık süresi ($r:0.29$, $p<0.05$), obsesif-kompulsif semptom şiddeti ($r:0.58$, $p<0.001$), anksiyete semptom şiddeti ($r:0.33$, $p<0.01$), depresyon semptom şiddeti ($r:0.41$, $p<0.001$) ve hastanın ifade ettiği duygu dışavurum düzeyi ($r:0.28$, $p<0.05$) ile anlamlı düzeyde ilişkiliydi. Doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildiğinde; hastalık süresi $\beta:0.034$, $p<0.05$) ve obsesif-kompulsif semptom şiddeti $\beta(0.119$, $p<0.001$), içgörü düzeyini öngörecekte düzeyde ilişkili saptandı.

Anahtar Kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, içgörü, duygu dışavurum

ABSTRACT

Ozkırıs, A. Insight in Patients with Obsessive Compulsive Disorder and Its Corralates with Expressed Emotion. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Medical Speciality Thesis in Department of Psychiatry, Eskişehir, 2011. One of the factors that affect the prognosis and treatment response of Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is insight. Subsequent studies have reported poor insight in 15%-36% of patients with OCD. In this study, the participants were the 63(43 female, 20 male) patient who met DSM-IV-TR criteria for OCD and concecutively recruited Eskişehir Osmangazi Osmangazi Faculty of Medicine Psychiatry Department. The relationship between the insight levels, clinical properties of the illness and expressed emotion was investigated among these OCD patients. The insight level of patients was determined by using 'Over Valued Ideas Scale'. In order to assess clinical properties, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Hamilton Depression Scale, Hamilton Anxiety Scale were used. Expressed Emotion Scale and Level Expressed Emotion Scale were used in order to determine expressed emotion level. When OCD patients with poor insight (n:20, 31.7%) and good insight level are compared; no significiant difference was found between these groups in term of age, gender, age at onset, duration of illness, history of hospitalisation, family history of psychiatric illness, psychiatric drugs used while symptom severity of obsessive-compulsive disorder ($p<0.001$), anxiety symptom severity ($p=0.007$), depression symptom severity ($p=0.03$), level expressed emotion of patient ($p=0.03$) and level expressed emotion of family members ($p=0.04$) were significantly higher than the OCD patients with good insight. Insight level was significantly corralated with duration of illness ($r:0.29$, $p<0.05$), obsessive-compulsive symptom severity ($r:0.58$, $p<0.001$), anxiety symptom severity ($r:0.33$, $p<0.01$), depression symptom severity ($r:0.41$, $p<0.001$) and level expressed emotion of patients ($r:0.28$, $p<0.05$). When evaluated with linear regression analysis; duration of illness ($\beta:0.034$, $p<0.05$) and obsessive-compulsive symptom severity ($\beta:0.119$, $p<0.001$) were found as the predictors of insight level.

Key Words: Obsessive compulsive disorder, insight, expressed emotion

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2. 1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	3
2.1.a. Tanım	3
2.1.b. Tarihçe	3
2.1.c. Epidemiyoloji	5
2.1.d. Etyoloji	6
2.1.e. Tanı ve Klinik Özellikler	9
2.1.f. Seyir ve Prognoz	14
2.2. Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü	14
2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Duygu Dışavurum	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
KAYNAKLAR	40
EKLER	
EK 1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Anket Formu	
EK 2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)	
EK 3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)	
EK 4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ)	
EK 5. Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ)	
EK 6. Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ)	
EK 7. Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği (DDDÖ)	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADDÖ	Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği
DDÖ	Duygu Dışavurum Ölçeği
DDDÖ	Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği
DM	Dalıcılık-Müdahalecilik
DT	Duygusal Tepki
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition- Text Revision
EO/DO	Eleştirel Oluş/ Düşmancıl Oluş
HADÖ	Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
HDDÖ	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HT	Hastalığa karşı Tutum
HB	Hoşgörü/ Beklentiler
ICD-10	Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guideline
İKKM	Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdahalecilik
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKSB	Obsesif Kompulsif Spektrum Bozukluğu
SGI	Serotonin Geri alım İnhibitörü
SSGI	Seçici Serotonin Geri alım İnhibitörü
YBOKÖ	Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği

TABLÖLAR

	Sayfa
1. İçgörüsü İyi Olan ve İçgörüsü Az Olan OKB Hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması	25
2. İçgörüsü İyi Olan ve İçgörüsü Az Olan OKB Hasta grupları arasında obsesif ve kompulsif semptomların görülme oranları açısından karşılaştırılması	27
3. İçgörüsü İyi Olan ve İçgörüsü Az Olan OKB Hasta Gruplarında klinik ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılması	29
4. ADDÖ puanı ile anlamlı ilişkisi saptanan bağımsız değişkenlere ait regresyon analizi sonuçları	30

1. GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregelen bir psikiyatrik bozukluk olup (1), Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında 10. sırada yer almaktadır (2).

Psikiyatrik hastalıkların pek çoğunda olduğu gibi OKB’de de, tedavi cevabını ve prognozu etkileyen önemli faktörlerden biri, hastanın içgörüsüdür (3). İçgörü, genel olarak hastalığının farkında olma şeklinde tanımlanır. OKB hastasının içgörüsü değerlendirilirken, o sıradaki epizodda çoğu zaman obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa, ‘içgörüsü az’ başlığı altında tanımlanmıştır (4). Çeşitli çalışmalarda, OKB hastaları arasında “içgörünün az olduğu OKB” oranı, % 15-36 olarak bildirilmiştir (5,6,7,8). OKB’de içgörü azlığının; OKB semptomlarının daha şiddetli olması (3,6,7,9,10,11,12), hastalığın daha erken yaşta başlaması (7,12), hastalık süresinin daha uzun olması (7), ailede OKB öyküsünün daha fazla olması (9,13), biriktirme obsesyon ve kompulsiyonlarının daha sık olması (7), somatik obsesyonların daha sık olması (14), kontrol kompulsiyonlarının daha sık olması (15), eşlik eden depresif semptom şiddetinin daha fazla olması (3,11) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. İçgörünün az olduğu OKB hastalarında en sık görülen psikiyatrik eştanının major depresyon olduğu belirtilmiştir (3,7). Catapano ve ark.’nın çalışması (12) ve Türksoy ve ark.’nın çalışması (3) da gösteriyor ki; içgörü yokluğu obsesyon ve kompulsiyonlara daha az direnme ve daha kötü tedavi cevabı ile ilişkilidir.

OKB tanısı alan hastalarda içgörü düzeyi ile ilişkisi araştırılan bir diğer faktör, ailenin duygu dışavurumudur (10). Duygu dışavurum (DD), genel olarak aile tutumlarının bir ölçüsü olup; hasta hakkında aile üyeleri tarafından yapılan eleştirelilik, düşmancıl tutumlar, aşırı müdahalecilik ve duygusal aşırı ilginin düzeyini yansıtır. Yüksek DD düzeyinin, OKB semptomlarının şiddetli olması ve OKB’de depresif semptomların şiddetli olması ile ilişkili olduğu, ayrıca OKB’de içgörü azlığı/yokluğuna katkıda bulunan bir faktör olabileceği bildirilmiştir (10). Bununla birlikte bu ilişkiyi açıklayan yeterli çalışma yoktur. Mevcut çalışmalarda da, gerek

içgörü gerekse DD düzeyinin tespit edilmesi ile ilgili metodolojik kısıtlılıklar vurgulanmıştır (10,16).

Bu araştırmanın amacı, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran OKB tanılı hastalarda içgörü düzeyinin, hastalığın klinik özellikleri (hastalık başlama yaşı, süresi, kullanılan ilaç, semptom şiddeti ve özellikleri, ailede ruhsal hastalık öyküsü, eşlik eden depresyon ve anksiyete semptomlarının şiddeti) ve duygu dışavurum ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Araştırmanın Hipotezleri:

- 1.İçgörsü az olan OKB hastalarında; içgörsü iyi olan OKB hastalarına göre, OKB'un semptom şiddeti daha fazladır.
2. İçgörsü az olan OKB hastalarında; içgörsü iyi olan OKB hastalarına göre, OKB daha erken yaşta başlamıştır ve hastalık süresi daha uzundur.
3. İçgörsü az olan OKB hastalarında; içgörsü iyi olan OKB hastalarına göre somatik obsesyonların, kontrol ve biriktirme obsesyon ve kompulsiyonlarının görülme oranı daha fazladır.
4. İçgörsü az olan OKB hastalarının birinci derece akrabalarında OKB, içgörsü iyi olan OKB hastalarına göre daha yüksek oranda görülmektedir.
5. İçgörsü az olan OKB hastalarında, içgörsü iyi olan OKB hastalarına göre depresif semptomların şiddeti daha fazladır.
6. OKB olan hastalarda içgörü düzeyi, duygu dışavurum düzeyleri ile ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.a. Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süreğen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde belirgin bozulmaya yol açan psikiyatrik bir bozukluktur (1,17).

Obsesyon (saplantı), istenç (irade) dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı (*ego-dystonic*), bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı biçimde yineleyen düşünce, imge ya da dürtülerdir (18). Obsesyonların geleneksel olarak benliğe yabancı olarak görülmesi bunların; kişinin mantığına, görüşlerine, ahlak anlayışına, inançlarına ters düşen, saçma ve kabul edilemez niteliğini ifade eder. Klasik tanımından farklı olarak, OKB’u olan hastaların bir kısmında obsesyonlar saçma olarak görülmemektedir. Bu durum, içgörünün az olduğu OKB olarak tanımlanır (1). Obsesyonlar anksiyeteyi provake eder ve nitekim OKB bir anksiyete bozukluğu olarak kategorize edilir (17,18).

Kompulsiyon (zorlantı) ise çoğu kez obsesif düşünceleri kovmak için yapılan, istenç dışı yinelenen hareketlerdir. Önce, obsesyonların doğurduğu rahatsızlığı azaltmak için başlar, ancak bu durum denetlenemez düzeye ulaşır ve yinelenen eylemin kendisi sıkıntı yaratır. Kompulsiyonlar, bazen dışarıdan gözlenebilen bir davranış, bazen de zihinsel bir eylem şeklinde olabilir (18). Kişi obsesyonlarının aklına gelmemesi ya da kompulsif hareketleri yapmamak için kendini zorlar; fakat zorladıkça istenmeyen düşünceler yine gelir, istenmeyen hareketler tekrar tekrar yapılır. Halk dilinde bunlar “takıntı” olarak da bilinir (18).

2.1.b. Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonlar insanlık tarihi kadar eskidir. 1500’lerden başlayarak paramedikal birçok yazılı metinde, tekrarlayıcı ve belirgin sıkıntı oluşturan dinsel düşüncelerden bahsedilmiştir. Ortaçağda, din karşıtı ve cinsel

içerikli istenmeyen düşünceleri olan kişilerin, şeytan tarafından ele geçirildiği düşüncesiyle yakılarak cezalandırıldıkları bilinmektedir (19).

17. yüzyıl başlarında rahip Napier, Alice Davys adlı kadında uzun yıllardır bulunan, hiçbir yere dokunamama ve sürekli elbiselerini yıkama şeklinde davranışların gözleendiği durumu “ağır melankoli” şeklinde tanımlamaktadır. Aynı yüzyılda ünlü İngiliz yazar ve şair Shakespeare, Lady Macbeth karakterinde, kirlenme obsesyonu ve el yıkama kompulsiyonlarını belirli bir hastalık tanımlamaksızın ortaya koymaktadır (20). 19. yüzyıla gelindiğinde, OKB ilk olarak psikiyatri literatüründe Esquirol tarafından 1838’de tanımlanmıştır. 1866 yılında Morel, ilk kez obsesyon terimini kullanmıştır. du Salle ise, 1875 yılında 27 vakalık bir hasta serisi yayımlamıştır ve hastalığı “içgörülü delilik” olarak adlandırmıştır. Westpal ise, 1877 yılında hastalığın bizar davranışlar gözlenirse dahi, ego-distonik olduğunu, tekrarlanan hareketlerin impulsif, kompulsif ya da ruminatif olarak ayrıldığını belirtmiş, hastalığın duyguların hastalığı olmaktan öte, bir düşünce hastalığı olduğunu vurgulamıştır (1,20). 20. yüzyılda Janet, hastalığı “psikastenii” başlığında ele almış ve ritüellerin davranışsal tekniklerle düzeldiğinden bahsetmiştir. S. Freud ise, bozukluğun psikodinamik temellerini ortaya koymuştur (20).

Amerikan Psikiyatri Birliğı, 1952’de DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-I)’i yayımlamıştır. DSM-I, her bir psikiyatrik tanı kategorisinin ayrı ayrı tanımlandığı ilk sistemdir ve tanılar için tepki (*reaction*) sözcüğü kullanılmıştır (*Obsessive-compulsive reaction*). 1968’de yayımlanan DSM-II’de ise, ‘teпки’ sözcüğü çıkarılıp tanı ölçütü kavramı bulunmaksızın belirtilere dayalı sınıflandırmalar yapılmıştır (21). DSM-III (22) ile, psikiyatrik sınıflandırmada kökten bir değişiklik ortaya çıkmış, kuramlara değil araştırma verilerine bağlı olarak operasyonel tanı ölçütleri ve ayırıcı tanıya esas oluşturacak dışlama ölçütleri geliştirilmiştir (21).

Tarihsel olarak OKB tanımlaması, DSM-III (22)’den DSM-IV-TR (17)’e doğru bazı ufak değişimler göstermiştir. Örneğin; kompulsiyonları, DSM-III-R ‘davranışlar’ olarak tanımlarken; DSM-IV-TR ‘obsesyonların anksiyeteyi provake eden doğasını azaltmak için tasarlanan davranışlar ve zihinsel aktiviteler’ olarak tanımlamıştır.

2.1.c. Epidemiyoloji

OKB'un sıklık ve yaygınlığını saptamak son derece güçtür. Zira kişi tarafından bir yakınma ve hastalık belirtisi olarak getirilmedikçe tanınması hemen hemen olanaksızdır (18).

Hastaların semptomlarını utandıkları yahut deli olarak yorumlanacakları endişesinden dolayı gizleme çabası içinde olmaları, doğrudan araştırmacı sorular sorulmadıkça hekime anlatmamaları, ağır işlev bozukluğu ortaya çıkıncaya kadar sağaltım için başvurmamaları, durumlarını düzeltilemeyecek bir alışkanlık olarak yorumlamaları, bozukluğun ortaya çıkarılmasını güçleştirmekte ve gizli kalmasına neden olmaktadır (23). Çocuk ve ergenler sözkonusu olduğunda ise bulgular ergen ve ailesi için çekilmez bir hale geldiğinde klinik başvurusu yapılmaktadır (24). OKB belirtileri başladıktan sonra profesyonel yardım arama süresi ise 10 yıl gibi uzun bir süre almaktadır (25).

Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da 1980'lerde yapılan epidemiyolojik araştırmalara kadar OKB'un nadir rastlanan bir bozukluk olduğu düşünülmekteydi. Bu araştırmalar sonucunda OKB'un yaşam boyu yaygınlık oranı (prevalans), %2.5-3 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlarla major depresyon, fobiler, alkol/ilaç kötüye kullanımından sonra dördüncü sıklıkta görülen ruhsal bozukluk olarak bildirilmiştir (26,27). Araştırmalar, erkek ve kadın arasında görülme sıklığı bakımından büyük bir farklılık olmadığını göstermektedir (28).

'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' araştırmasına göre; 12 aylık bir sürede genel toplumda toplam OKB oranı %0.5 olarak tespit edilmiştir. Aynı araştırmada OKB oranı kadınlarda (%0.6) erkeklerden (%0.2) üç kat yüksek oranda bulunmuştur (29).

Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarla yaşam boyu yaygınlığı %2.5-6.2 arasında, 12 aylık yaygınlığı %0.5-5.6 arasında tespit edilmiştir (30,31,32)

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; OKB, işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında genelde 10. sırada, 15-44 yaş arası kadınlarda ise 5. sırada yer almaktadır (2).

Shapiro ve arkadaşları (33), erişkin OKB hastalarının %35'den azının psikiyatrik yardım aldığını bildirirken, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması (29)

ile Türkiye’de OKB hastalarının %32’nin, Beşiroğlu ve arkadaşları (34)’nın çalışması ile %31’inin sağlık yardımı arama davranışı gösterdiği bulunmuştur.

OKB’un ortalama başlangıç yaşı 20 yaş civarındadır. Bununla birlikte erkeklerde başlangıç yaşı kadınlara oranla biraz daha erkendir (35). Olguların %72’inde sinisi, %28’inde ise kısa sürede başlangıç sözkonusudur. Hastaların %25-65’inde ise, hastalık, doğum, gebelik ya da aile üyelerinden birinin ölümü gibi bazı olaylar ortaya çıkarıcı rol oynar (36).

2.1.d. Etyoloji

A. Biyolojik Kuramlar

Genetik: OKB’un genetik bir temeli olduğu düşünölmekle birlikte, klinik fenotipindeki değişkenlik ve moleküler mekanizmasını anlama yetersizliği, bu bozukluğa özgü genetik etkileri tanımlamayı zorlaştırmıştır. OKB’de açık olarak aileselliği gösteren bazı aile araştırmaları mevcuttur. Bu araştırmalarda OKB olan probandların akrabalarında, kontrol probandlarının ailelerine göre 3-5 kat daha yüksek oranda OKB ve obsesif-kompulsif bulgular olduğu bildirilir (37). OKB’li çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda; ailede OKB’ li birey oranını Leonard ve arkadaşları (38) %30, ölkemizde yapılan bir çalışmada Vural ve arkadaşları (39) %11 olarak bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, özellikle çocukluk çağı başlangıçlı OKB olgularında ailevi yüklölüğün olabileceğini göstermektedir. Bazı araştırmalar da, OKB probandları akrabalarında tik bozuklukları, beden dismorfik bozuklukları, hipokondriazis, yeme bozuklukları gibi birçok durumun ve tırnak yeme gibi alışkanlıkların yüksek oranlarda göröldüğünü belirtmektedir (37,38,40).

Monoamin Hipotezi: Klomipramin’in güçlü serotonin geri alım inhibisyonu etkisi ve OKB tedavisinde yıllarca etkin kullanımı OKB’nin nörobiyolojik etyolojisinde serotonini önplana çıkarmıştır. Takip eden yıllarda seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGI) grubu ilaçların da OKB tedavisindeki etkinliğinin kanıtlanması, bu bozuklukta serotoninin rolünü kabul ettirmiştir (20). OKB hastalarında beyin-omurilik sıvısında serotonin metaboliti 5-Hidroksi İndol Asetik Asit(5-HİAA) düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Bu durum serotonin geri dönüşümünün artışı, yani sentezde ya da hücre içi yıkımda bir artışı gösterir (41).

OKB etyolojisinde önemi olabileceği düşünülen bir diğer monoamin olan noradrenalinin işlevi konusunda az sayıda çalışma bulunmaktadır. Klonidin verilen hastalarda belirti şiddetinde azalma gösterilmesi, OKB’de muhtemel bir alfa-2 reseptör subsensitivitesini akla getirmektedir (20,42). OKB patogenezinde dopamin nörotransmisyonunun da rolü olabileceğini destekleyen veriler vardır. Beyinde özellikle bazal gangliyonlarda dopamin ve seratonin sistemleri arasında anlamlı anatomik ve işlevsel bağlantıların olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca düşük doz antipsikotik ilaçlar SSGI ile kombine edildiğinde tedavi yanıtını yükseltebilmektedir. Presinaptik dopamin geri alım inhibitörü olan kokainin OKB’li hastalarda belirtileri artırdığı , bir dopamin agonisti olan Quinapirol’ün uzun süre kullanılması sonucu kompulsif davranışların ortaya çıktığı bildirilmiştir (43). OKB’li hastalarda yapılan SPECT çalışmaları ile, sağ bazal gangliyonda dopamin taşıyıcı sistemde azalma, sol kaudat ve sol putamen bölgelerinde daha yüksek dopamin taşıyıcı bağlanma oranları bildirilmiştir (44). Bu sonuçlar, obsesif ve kompulsif belirtilerin gelişiminde büyük olasılıkla serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerin ortak rol oynadığını göstermektedir (20).

Nöroimmünoloji: Streptokok enfeksiyonları ve çocuklarda OKB gelişimi ile ilgili olası bağlantılar OKB’nin immunolojik bir kökeni olabileceğini düşündürmüştür. İlk kez 1998 yılında, yeni bir bilimsel tanımlama olarak, antistreptokoksik (antinöronal) ve B lenfosit yüzey antijenine karşı gelişen D8/17 antikörlerinin muhtemel bir rol oynadığı streptokok enfeksiyonlarıyla ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik hastalıklar (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Diseases Associated to Streptococcal Infections: PANDAS) tanımlanmıştır (20). Morer ve arkadaşları (45), 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada, çocukluk çağı başlangıçlı OKB’de erişkin çağ başlangıçlı OKB’a göre, daha yüksek Antistreptolizin Antikor(ASO) titreleri, daha sık tik bozukluğu, çocuklukta daha sık tonsillit öyküsü rapor etmişlerdir. Nöropsikiyatrik bir sendrom olan Sydenham Koresi’nde de, önde giden ve sık görülen psikiyatrik tablonun obsesif kompulsif belirtiler olması, bu belirtilerin antibakteriyel ve steroid tedavisi ile düzelme göstermesi OKB ve immünoloji arasındaki bağlantıya işaret etmektedir (46).

Beyin Görüntüleme Çalışmaları Bulguları: OKB etyolojisine yönelik çalışmalarda, beynin belirli bölgelerinde hastalığın oluşumu ve belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilecek yapısal ve işlevsel değişimler araştırılmıştır. Dorsolateral prefrontal korteks, kaudat, striatum ve talamus arasında bulunan kortikostriatal devredeki disfonksiyonun, OKB'nin nörolojik temelini oluşturduğunu ileri süren beyin görüntüleme çalışmaları mevcuttur (47,48,49,50). Ayrıca bazal ganliyon disfonksiyonuyla ilişkili nörolojik bozukluklarla (Sydenham Koresi, Parkinson, Huntington, Tourette Sendromu vb.) OKB ilişkisinin gösterilmesi de, OKB'de bazal gangliyon disfonksiyonunu düşündürmektedir (51,52,53).

B. Psikososyal Kuramlar

Psikodinamik Kuram: Psikanalitik bakış açısından, obsesif kompulsif nevrozun oluşumunda merkezi rol oynayan mekanizma gerilemedir(regresyon). Freud'a göre, nevrozların temel özelliği; yaşamın ilk yıllarında anne-babaya karşı zıt(ambivalan) duyguların ve ödipal çatışmaların çözümlenememesidir. OKB'de ise bu durum bu döneme regresyon ve anal sadistik dönemde fiksasyon şeklinde ortaya çıkmaktadır. Psikanalitik kurama göre; saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullanılan, anal döneme özgü, 3 temel savunma mekanizması tanımlanmıştır: Yalıtma(izolasyon), yapma-bozma(doing-undoing), karşıt tepki oluşturma(reaksiyon formasyon). Obsesif kompulsif belirtilerin şeklini ve niteliğini belirleyen de bu savunma mekanizmalarıdır. Yalıtma tam olarak gerçekleştiğinde dürtünün duygusal bileşeni, düşünsel içeriğinden ayrılarak bilinç dışına itilmektedir. Dürtünün denetimi ve anksiyetenin yatıştırılmasını amaçlayan yapma-bozma mekanizmasının bir sonucu olarak kompulsif eylemlerin ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Yapma-bozma mekanizmasıyla, eylem bir ikincisiyle iptal edilmekte ve böylece sanki hiçbir eylem yapılmamış gibi olmaktadır. Karşıt tepki oluşturma mekanizmasını kullanan kişi, dürtüsel bir tehlikenin tehdidi karşısında bu tehlike sürekli varmışçasına kişilik yapısını değiştirerek her an tehlikeye hazırlıklı olunan bir tutumu benimser. Bu kişiler bilinç düzeyinde altta yatan dürtünün tam tersi bir tutum sergilerler (1,20).

Bilişsel – Davranışçı Kuram: Bilişsel- davranışçı kuram açısından, OKB'un oluşumu ve devam etmesini anlamada, Mowrer'in "İki Aşamalı Öğrenme" kuramının yeri önemlidir. Bu kurama göre, klasik koşullanma yolu ile öğrenilen korku, edimsel

koşullanma yoluyla artarak pekişir ve devamlılık kazanır. Bu kuramın OKB semptomlarını meydana gelişine uyarlanması ise basitçe şöyledir: Özünde korkutucu olmayan ve herkesin aklına gelebilecek düşünceler, koşullanma yoluyla bireyde anksiyete gibi duygularla bağlantılanmakta ve rahatsız edici özellikler kazanmaktadır. Bu tür düşüncelerin akla gelmesi artık bireyde anksiyete oluşturmakta ve birey anksiyeteden korunmak için kaçma-kaçınma davranışları yahut bir dizi tekrarlayıcı (kompulsif) davranışlar geliştirerek anksiyetesini azaltmaya çalışmaktadır. Bu kaçma-kaçınma davranışları ve kompulsif davranışlar, anksiyeteyi azalttığı için pekiştireç gibi rol oynayarak, aynı davranışların artmasına yol açmaktadır. Hasta anksiyete ile başa çıkmada kaçma, kaçınma, tekrarlama gibi stratejiler kullandığından, anksiyetesi arttıkça bu stratejileri daha çok kullanmakta ve böylelikle bir kısır döngü içine girmektedir (54,55).

2.1.e. Tanı ve Klinik Özellikler

DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition)' e göre (17), OKB tanı kriterleri şunlardır:

A.Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır.

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

- 1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da 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 kendini yapmaktan alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El

yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. Dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)

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

B. 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 bozarlar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. Bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriasisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma, bir parafi linin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

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

Varsa belirtiniz:

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

OKB tanımlamasına ICD-10 (56) tanımlama sistemi içinde bakıldığında ise bazı özelliklere vurgu yapıldığı dikkat çeker. Örneğin, ICD-10 kompulsif aktivitelerin hoşnutluk oluşturmamasına vurgu yapar ve obsesyon ve kompulsiyonların 2 haftanın hemen hemen tüm günlerinde varolması gerektiğini belirtir (37).

DSM-IV-TR ile ICD-10 arasındaki en temel farklılık ise, OKB'un sınıflandırılması ile ilişkilidir (37). DSM-IV-TR (17)'de 9 anksiyete bozukluğundan biri olarak sınıflandırılırken, ICD-10 (56)'da diğer anksiyete bozukluklarından ayrı sınıflandırılmıştır.

Hazırlıkları süren DSM-V (57)'de OKB'nin, 'Anksiyete ve Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları' başlığı altında sınıflandırılması önerilmektedir. Ayrıca, tanı kriterleri içinde; obsesyonların "genellikle bariz anksiyete ve sıkıntıya yol açtıklarının" açık bir ibare ile vurgulanması, kompulsiyonların "günde 1 saatten daha fazla zamanı kapsadıkları"nın belirtilmesi, "kaçınma" kavramının eklenmesi gibi değişiklikler önerilmektedir. İçgörünün; "iyi/uygun içgörü", "zayıf/kötü içgörü", "içgörü yokluğu" şeklinde bir sınıflandırma ile karakterize edilmesi de öneriler arasındadır.

OKB'nin klinik tablosunda 2 önemli öge vardır: Birincisi, kişide tekrarlayıcı ve zorlayıcı nitelikte düşünce, imaj ve dürtü bulunmasıdır (obsesyon). Obsesyonlar; davetsiz (*intruzive*), uygunsuz, ısrarlıdır ve belirgin anksiyeteye sebep olur. İkinci olarak bu düşünce ve eylemlerin bilişsel ve davranışsal olarak kontrol edilme çabasıdır kompulsiyon). Kompulsiyonlar; anksiyete ve gerginliğin azaltılmasına yönelik olup, haz alma yaşanmaz. Kişi kompulsiyonlarla bazen ustalıkla baş edebilirken, bazen de bunları engellemeye çalışmaksızın artık teslim olmuştur (17,58).

Başlıca obsesyon tipleri şunlardır (17,35,59,60):

- 1) Saldırganlık Obsesyonları: Saldırganlık obsesyonlarının içeriğinde ya da bunların ardında yatan çağrışımlarda önemli ölçüde yer almakta ve sıklıkla kendisine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama, çeşitli şekillerde zarar verme düşünceleri biçiminde ortaya çıkmaktadır. Zarar verme obsesyonu olan kişiler bıçak, makas gibi sivri nesnelere, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan kaçınırlar, kendilerine zarar vermekten korkarlar ve arabaların önüne atlama, kendini pencereden aşağı atma düşünceleri şeklinde ortaya çıkabilir.
- 2) Kirlenme/Bulaşma obsesyonları: Tuvalete gidildiğinde üzerine idrar sıçramış olabileceği, el sıkışmakla ya da kapı tokmakları, para gibi nesnelere dokunmayla

idrara, dışkı, sperm bulaşabileceği şeklinde ortaya çıkar. Eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınırlar.

3) Kuşku Obsesyonları: Bir eylemin yapıldığından emin olmama durumu vardır. Ütüyü prizden çekip çekmediğinden, kapıyı kilitleyip kilitlemediğinden emin olamaz. Genellikle ardından kontrol etme kompulsiyonları gelir.

4) Cinsel obsesyonlar: İçeriği kişi için sıklıkla utanç verici ve kabul edilemez bir nitelikteki cinsel öğelerdir. Kişi çocuklarıyla, ebeveyniyle ya da kendi cinsi ile cinsel ilişkiye girdiği düşünce ya da imgelerine sahip olabilir.

5) Simetri/Düzenleme obsesyonları: Nesnelerin ve olayların belli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunması ile karakterizedir.

6) Dinsel obsesyonlar: Genellikle dindar bir insanda günah sayılan düşüncelerin akla gelmesi ve bundan rahatsız olması şeklindedir.

7) Somatik obsesyonlar: Kanser, AIDS, kuduz gibi hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanma ile ilgili olabilir. Böyle durumlarda sürekli bu hastalıklara yakalanma korkusu içindedir ve korunmak için çeşitli önlemlere başvurmaktadır.

8) Diğer obsesyonlar: Bilme veya hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme korkusu, kaybetme korkusu, özel anlamı olan renkler, sayılar inancı, batıl inanışlar vb. olabilir.

Başlıca kompulsiyon tipleri ise şunlardır (17,35,59,60):

1) Temizleme Kompulsiyonları: Kişi kendini, eşyalarını ya da çevresini kirli ve pis hissetmesinin üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Yineleyen tarzda el yıkama, banyo yapma, sürekli evi ve eşyaları temizleme, saatlerce bulaşıkları ve çamaşırları yıkama şeklinde görülen kompulsiyonlardır.

2) Kontrol etme Kompulsiyonları: Sıklıkla güvenliği sağlamakla ilişkili olarak ortaya çıkar. Hava gazı musluğunun kapalı olup olmadığı ya da ütünün prizde unutulup unutulmadığı defalarca kontrol edilebilir.

3) Düzenleme Kompulsiyonları: Bir denge ve simetri sağlamak üzere eşyaları belli bir düzen içinde tutmaya çalışma tarzındaki kompulsiyonlardır.

4) Tekrarlama Kompulsiyonları: Bir takım davranışların belli bir tarzda ve sayıda yinlendiği kompulsiyonlardır.

- 5) Sayma Kompulsiyonları: Otomobil plakalarını, apartman katlarını ya da belli bir sayıya kadar sayma tarzında ortaya çıkar.
- 6) Biriktirme/Toplama kompulsiyonları: Bir şeyi gereksinim duyulmadığı halde satın alma, sahip olunan hiçbir şeyi atamama tarzındadır.
- 7) Diğer kompulsiyonlar: Kişinin kendini belli nesnelere dokunmak zorunda hissettiği dokunma kompulsiyonları, zihinsel törenler, törensi davranışlar vs. olabilir.

OKB'de sıklıkla obsesyon ve kompulsiyon birlikteliği vardır (26). Erişkin hastalar tarafından en sık tanımlanan obsesyonlar, görülme sıklıklarına göre; kirlenme(%37.8), kuşku(%23.6), simetri(%10), somatik(%7.2), dinsel(%5.9), ve cinsel(%5.5) obsesyonlardır (61). En sık rastlanan kompulsiyonlar ise, sıklık sırasına göre; kontrol etme(%28.8), temizleme(%26.5), tekrarlama davranışları(%11.1), düzenleme(%5.9) kompulsiyonlarıdır (61).

Eştanı: OKB'un diğer ruhsal hastalıklarla birlikteliği sıktır. Panik bozukluk, fobiler ve yeme bozuklukları ile birlikteliği seyrek olmamakla birlikte, en sık major depresyonla birlikte görülür (37). Major depresyon ile yaşam boyu birliktelik %65, eşzamanlı birliktelik %30 olarak saptanmıştır (62). OKB, ayrıca Tourette Sendromu, Sydenham Koresi, Huntington ve Parkinson hastalığı gibi bazal gangliyon hastalıkları ile de ilginç bir birliktelik gösterir (37).

Obsesif Kompulsif Spektrum Kavramı: Obsesyon ve kompulsiyonlar, OKB için mutlaka bulunmaları gereken belirtiler olmalarına karşın, obsesif düşünce ve kompulsif ritüellerin diğer bazı bozukluklarda da bulunabildiği görülmüştür. Bu bozuklukların belirli ortak özelliklere sahip olmalarından dolayı, 'obsesif kompulsif spektrum bozuklukları' (OKSB) kavramı ortaya atılmıştır. OKSB kavramıyla; klinik belirtiler, eşlik eden özellikler, etyoloji, ailesel geçiş, seçici farmakolojik ve davranışsal tedaviye yanıt açısından OKB ile bir örtüşmenin olduğundan söz edilir. Bu bozukluklar; beden görünümüyle (Beden Dismorfik Bozukluk), bedensel hastalıkla (Hipokondriasis), beden ağırlığıyla (Anoreksia Nervosa) ilgili obsesif düşünce ya da uğraşlar, tik bozukluğu (Tourette Sendromu), saç yolma (Trikotillomani), patolojik kumar oynama gibi stereotipik, törensel ya da impulsif davranışlar ile karakterizedir. OKSB'larının çoğunda klasik OKB belirtileri ve/veya

OKB birlikteliği, ailede OKB öyküsü yüksek oranlardadır. OKB ile OKSB arasında benzerlikler yanında önemli farklılıklar da mevcuttur. Örneğin; beden dismorfik bozukluğa ait ve anorektik belirtilerin OKB belirtilerine göre daha fazla egosintonik ve daha zayıf bir içgörüyü birlikte olduğu dikkat çeker. Epidemiyolojik veriler ve tedavi yanıtlarıyla ilgili farklılıklar da vardır: Anoreksia Nervosa'nın kadınlarda daha sık görülmesi, Tourette bozukluğunda nöroleptiklere yanıtın daha iyi olması gibi (63,64).

2.1.f. Seyir ve Prognoz

OKB, süregelen ve inatçı bir hastalıktır. Zaman içinde belirtilerin şiddeti ve biçimi değişebilir. Bazı hastalarda dönemsel alevlenmeler görülebilir (18). OKB izlem çalışmalarında; en yüksek tedavi yanıtı verme ve iyileşme %20, kısmi veya tam iyileşme ile alevlenmenin dalgalanma göstermesi %2-47, hastalığın ilerlemesi ve kötüye gidiş %5-14 oranlarında saptanmıştır (65).

OKB'de kötü prognozun belirleyicileri şunlardır: Hastalığın erken yaşta başlaması, evli olmama, başlangıçta hastalığın şiddetli olması, hastalığın uzun ve süregelen olması, belirgin büyüsel düşüncenin bulunması, OKB'nin kişilik bozuklukları (özellikle paranoid, şizotipal ve sınır kişilik bozuklukları), bipolar bozukluk ve yeme bozuklukları ile birlikteliği, kötü sosyal uyum ve sosyal becerilerin yetersiz olmasıdır (66).

Psikiyatrik hastalıkların pek çoğunda olduğu gibi OKB'de, tedavi cevabını ve prognozu etkileyen diğer önemli faktörler; hastanın içgörüsü (3) ve -daha az çalışılmış bir alan olmakla birlikte- ailenin duygu dışavurum düzeyidir (67).

2.2. Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü

İçgörü; genel olarak hastalığının farkında olma şeklinde tanımlanır.

Tarihsel süreç içinde OKB tanımlanırken; kişinin, obsesyonları ve kompulsiyonlarının akıldışı doğasına dair içgörüsü olması gerektiği, başlangıçta belirleyici bir özellik olarak tarif edilmişken; sonraki yıllarda araştırmacılar, OKB'ü olan hastaların obsesyon ve kompulsiyonlarının saçma ve akıl dışı olduğuna her

zaman inanmadıklarını, semptomlarını eleştiri yetisi ve semptomlara direnmede yetersizlik gösterebildiklerini fark etmişlerdir (13). Ayrıca hastaların semptomlarının anlamsızlığını fark edişinin davranışsal olmaktan çok sözel olduğu ve bu farkındalığın spesifik durumlara bağlı olarak zamanla değişkenlik gösterdiği gözlemlenmiştir (68). DSM-III-R (22)'deki OKB tanımlamasında, hastanın OKB belirtileriyle ilgili duyarlılık ve buna bağlı içgörüsünün eksiksiz olması gerektiği ile ilgili ölçüt çıkarılmıştır. DSM-IV (69)'de ise, 'içgörü azlığı' ayrı bir belirleyici ölçüt olarak kullanılmıştır. Buna göre; OKB hastası o sıradaki epizodda çoğu zaman obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa 'içgörüsü az' başlığı altında tanımlanmıştır. Dolayısıyla 'içgörü', OKB'nin olmazsa olmaz, tanımlayıcı ve ayırıcı tanı sağlayan bir unsuru olmaktan çıkmıştır (4). Nitekim, "içgörülü delilik" olarak adlandırılan OKB tanımlamasından (20), bugüne gelindiğinde "içgörü azlığı/yokluğu olan OKB" şeklinde teşhissel bir kategoriye ihtiyaç duyulmaya başlamıştır. OKB'un klinik ve nöropsikolojik özelliklerinin araştırıldığı pek çok çalışmada, "İçgörü azlığı/yokluğu olan OKB" bir alt tip olup olmadığı tartışılmaktadır (3, 70,71).

İçgörünün tartışılan önemli bir yönü; bir semptom boyutu mu, yoksa ruhsal durumun bir parçası mı olduğudur. Klinik bir fenomen olarak içgörünün altta yatan bir bozukluktan ya da diğer faktörlerden bağımsız olarak ruhsal durumun bir parçası olarak değerlendirilmesi önerilmektedir (68). Buna karşın içgörü düzeyinin değerlendirilmesi için 'nesne'sini belirlemek gereklidir. OKB'de içgörünün nesnesi hastanın 'obsesyon' ve 'kompulsiyon'larıdır. Yani OKB'de içgörü, ruhsal durumun tümüyle değil, semptomla ilişkilendirilmiştir (68).

OKB'de içgörü hakkındaki tartışmaların üzerinde durduğu noktalardan birisi, içgörünün hiç olmadığı bir obsesyonun halen obsesyon kabul edilip edilemeyeceğidir. Konu üzerinde çalışan araştırmacılar, bir uçta yüksek düzeyde içgörünün olduğu, diğer uçta içgörünün hiç olmadığı bir spektrum önermişlerdir (68). Obsesyonların bir uçta, delüsyonların bir uçta bulunduğu bu modelde (9), 'aşırı değer verilmiş düşünceler (*Overvalued Ideas*)' orta noktalardadır (72,73). Bu doğrultuda çoğu araştırmacı, içgörüyü, kesinleşmiş kategorik sınırlamalarla değil, obsesyon ve delüsyon arasında süreklilik taşıyan bir açımla bakmaktadır (4).

Çeşitli çalışmalarda, OKB hastaları arasında “içgörünün az olduğu OKB”, % 15-36 oranları arasında bildirilmiştir (5,6,7,8).

Erişkin OKB’li hastalarda, içgörünün az olması ile hastalığın klinik özellikleri ve tedavi prognozunu değerlendiren çalışmalar yapılmıştır. OKB’de içgörü azlığının; daha şiddetli OKB semptomları (3,6,7,9,10,11,12), hastalığın daha erken yaşta başlaması (7,12), hastalık süresinin daha uzun olması (7), eğitim süresinin daha az olması (11,12), ailede OKB öyküsünün daha fazla olması (9,13), biriktirme obsesyon ve kompulsiyonlarının daha sık olması (7), somatik obsesyonların daha sık olması (14), kontrol kompulsiyonlarının daha sık olması (15), eşlik eden depresif semptom şiddetinin daha fazla olması (3,11) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

İçgörünün az olduğu OKB hastalarında en sık görülen psikiyatrik eştanının, major depresyon (3,7) ve şizotipal kişilik bozukluğu (11,13,15) olduğunu belirten çalışmalar yanında; birinci derece hasta yakınlarında en sık psikiyatrik tanının şizofreni spektrum bozuklukları olduğunu gösteren çalışmalar da (5) mevcuttur. Catapano ve ark.’nın çalışması (12) ve Türksöy ve ark.’nın çalışması (3) da gösteriyor ki; içgörü yokluğu obsesyon ve kompulsiyonlara daha az direnme ve dolayısıyla daha kötü tedavi cevabına işaret etmektedir.

OKB’de içgörü düzeyinin belirlenmesinde şu an kullanılan standart bir ölçüm yöntemi yoktur. Araştırma çalışmalarında kullanılan geleneksel yöntem, Y-BOCS’nin 11. maddesidir (74). 11. madde 5 madde üzerinden bir derecelendirme içermektedir.(O:Mükemmel – 4:Yok)

Herhangi bir özelliği tek bir maddeyle değerlendirmenin güvenilirlikle ilgili kaygılara yol açtığı ve metodolojik bir sınırlılık olduğu pek çok çalışmada belirtilmiştir (10,16). Bütünüyle içgörüyeye yönelik, daha ayrıntılı ve çok yönlü değerlendirme yapan, bugüne değin 3 ölçek geliştirilmiştir: İlk ölçek olan İnanışların Değişmezliği Soru Formu (Fixity of Beliefs Questionary) , FoaA ve Kozak (75) tarafından 1995’de, DSM-IV alan çalışması için geliştirmişlerdir. Bu ölçek, alan çalışmasında verileri çözümleyen bazı çalışmalarda kullanılmış olmakla birlikte, henüz yaygın olarak kullanılmak üzere uyarlanmamıştır. Eisen ve ark. (76) 1998’de, OKB ve bir dizi psikiyatrik durumda içgörü zayıflığı ve sanrıları derecelendiren Brown İnanışları Değerlendirme Ölçeği (Brown Assessment of Beliefs Scale)’ni

geliştirmişlerdir. Her iki ölçeğin de Türkçe'ye uyarlaması bulunmamaktadır. 1999 yılında Neziroğlu ve ark. (73), Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (OVIS-Overvalued Ideas Scale)'ni geliştirmişlerdir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış şekli, ilk kez Tümkiye ve ark.'nın içgörüsü azlığı olan OKB hastaları ile OKB eşanlı şizofreni hastalarının nöropsikolojik olarak karşılaştırdıkları çalışmada kullanılmıştır (71).

2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Duygu Dışavurum

Tarihsel olarak duygu dışavurum (DD) kavramı, Brown ve arkadaşlarının 1950'lerde Londra'da başlatmış oldukları bir seri çalışmaya dayanır (77). Bu çalışmada, taburcu sonrası ailesinin yanında yaşayan şizofreni hastalarının, bir kurumda yaşayanlara göre kötü bir gidiş gösterdikleri saptanmıştır. Benzer çalışmayı Brown ve ark. (78), 1 yıl izlem sonrası nüks oranlarını tespit etmek şeklinde yapmışlar ve ailesinin yanında yaşayan hastaların nüks oranlarının bir kurumda yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmalarla, hasta yakınlarından hastaya yönelen duyguların önemli olduğu bildirilmiştir (79).

Aile ve sosyal çevre faktörlerinin major psikiyatrik bozuklukların seyrini etkilediği ya da en azından yordadığı kabul gören bir yaklaşımdır (80). Hastalık seyrini etkilediği düşünülen aile faktörlerinin önemli bir kısmı, "Duygu Dışavurumu-DD" kavramı içinde incelenmektedir (81).

DD, genel olarak aile tutumlarının bir ölçüsü olup; hasta hakkında aile üyeleri tarafından yapılan eleştirelilik, düşmanlık tutumlar, aşırı müdahalecilik ve duygusal aşırı ilginin düzeyini yansıtır. Yani DD, hastanın değil, aile üyelerinin bir özelliğidir (10,82). Yüksek DD, hastaya karşı yüksek şiddette 'eleştirelilik', 'düşmanlık oluş', 'aşırı müdahalecilik' ya da 'duygusal aşırı ilgi'yi kapsar (83).

Ruhsal hastalığı olan bir bireyi bulunan ailelerde "rol", "davranış kontrolü" ve "problem çözme" işlevlerinde bozulmalar olduğu saptanmıştır. Yüksek DD da, aile işlevlerinde bozulma ile ilişkili görünmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada Ebrinç ve ark. (84), şizofreni hasta ve ailelerini incelemişler ve düşük DD olan hasta ailelerinde aile işlevlerinin daha az bozulduğunu tespit etmişlerdir.

Hasta ve hasta yakınlarının etkileşimleriyle ilgili çalışmalar (85,86) birlikte değerlendirildiğinde; ‘düşmancıl tutum’u belirgin olan hasta yakını, önemli bir konu hakkında hasta ile etkileşime girdiğinde ‘eleştirel’ davranarak problem çözmeye odaklanmak yerine hastayı suçlamaktadır. Bu durumun hastayı nasıl etkilediği ile ilgili en kabul edilen hipotez, yüksek DD’nun bir stresör olarak işlev gördüğü ve yatkınlığı olan hastanın semptomlarını artırdığı yönündedir (67,87).

OKB’de DD’nun rolü üzerine az çalışma bulunmaktadır. Hibbs ve Hamburger (88), OKB semptomları gösteren 49 çocuğun annelerinin %76’sında, babalarının %46’sında yüksek DD bulunduğunu, bu oranların psikiyatrik bozukluğu olmayan kontrol grubu çocukların ailelerinden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. OKB’de tedavi sonuçları üzerine DD etkisini inceleyen bir çalışmada (89), DD parametresi olan ‘düşmancıl oluş’un, anksiyete bozukluklarında olumsuz tedavi sonucunun ve tedavinin yarım bırakılmasının en önemli belirleyicisi olduğu bildirilmiştir. DD parametrelerinin OKB ve agorafobide davranışçı tedavi sonuçları üzerine etkisini inceleyen bir başka çalışmada (67), 60 OKB hastası ve aile DD incelenmesi ile, ‘duygusal aşırı müdahaleciliğin ‘düşmancıl oluş’la ilişkili olduğu, ‘düşmancıl oluş’un tedavi cevabının düşük olmasının bir belirteci olduğu, ilginç bir şekilde ‘eleştirelilik’in daha iyi tedavi sonuçlarını öngördüğü tespit edilmiştir.

Aile içi ‘eleştirelilik’, bir aile üyesinin diğer aile üyeleri tarafından eleştirildiği, küçük düşürüldüğü, reddedildiği yahut onaylanmadığı, kınandığı ile ilgili kavramlara işaret eder. Yüksek DD göstergesi olarak ‘algılanan eleştirelilik’ ve ‘duygusal aşırı ilgi’nin OKB hastalarında incelendiği bir araştırmada (10), yüksek ‘algılanan eleştirelilik’in OKB semptomlarının şiddetli olması ve OKB’de depresif semptomların şiddetli olması ile ilişkili olduğu, ayrıca OKB’de içgörü azlığı/yokluğuna katkıda bulunan bir faktör olabileceği bildirilmiştir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Örneklem

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Genel ve Anksiyete Takip Polikliniğine Eylül 2009 ile Mayıs 2010 tarihleri arasında ardısıra başvuran, DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan 63 hasta ve aynı sayıda birinci dereceden akraba çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınırken tüm hastalara ve aile üyelerine çalışmanın amacı açıklanmış ve onayları alınmıştır.

Örneklem seçiminde kullanılan dışlama kriterleri şunlardır:

Hastalar için,

1. Hastanın <18 yaş ve >65 yaş olması
2. Eğitim süresinin 5 yıldan az olması
3. Primer nörolojik bozukluk veya mental retardasyonu bulunması
4. Geçirilmiş kafa travması veya operasyonu bulunması
5. Kognitif mental bozukluk (demans, deliryum) bulunması
6. DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre Eksen I eştanısı bulunması

Birinci derece aile üyesi için,

1. Çalışmada kullanılacak ölçekleri doldurabilecek düzeyde okuma-yazma bilmemesi
2. Primer nörolojik bozukluk veya mental retardasyonu bulunması
3. Psikotik veya kognitif mental bozukluk (demans, deliryum) bulunması

3.2. Çalışmanın Aşamaları

Araştırma çalışması için Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve 29 Mayıs 2009 tarih ve 02 numaralı yazısı ile etik kurul onayı alınmıştır.

Veri toplanması aşamasında, araştırmaya katılan OKB hastalarına Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Anket Formu, DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-1), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ), Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ),

Duygu Dışavurum Düzeyi Ölçeği (DDDÖ) uygulanmış olup, hastanın birinci derece aile üyesine Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ) uygulanmıştır.

“İçgörüsü az” olan (ADDÖ puanı ≥ 6) 20 OKB hastası; “içgörüsü iyi” olan (ADDÖ < 6) 43 OKB hastasıyla sosyodemografik, klinik özellikler ile klinik ölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmıştır. Ayrıca OKB’u olan hastalarda içgörü düzeyinin; DDÖ ve DDDÖ puanları ile ilişkisi araştırılmıştır.

Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde, SPSS 15.0 ve SigmaStat 3.5 paket programları kullanılmıştır. Sürekli nicel veriler; ‘n’, ‘ortalama’ ve ‘standart sapma’ olarak, nitel veriler ise ‘n’ ve ‘oran(%)’ olarak ifade edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırma tek yönlü Varyans analizi(ANOVA) kullanılarak yapılmıştır. Bağımsız gruplara ait oransal veriler Ki-kare testi ile, normal dağılım göstermeyen veriler Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Sayısal değişkenler arasında doğrusal bir bağıntı olup olmadığını incelemek için bağıntı analizi uygulanmış ve bu amaçla Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. İçgörü düzeyi üzerine bağımsız değişkenlerin etkileri, çoklu regresyon analizi yapılarak araştırılmış olup, bu amaç için Multiple Stepwise Linear Regression analizi uygulanmıştır. p değerinin 0.05 değerinin altında olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Anket Formu: Araştırmacı tarafından, sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ait klinik özellikleri sorgulamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu form ile yaş, cinsiyet, eğitim süresi, medeni durum, iş durumu, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, halen kullanılan ilaç, hospitalizasyon sayısı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulanmıştır.

DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (Structured Clinical Interview for DSM-IV-SCID-1): DSM-IV’e göre Eksen I psikiyatrik bozukluk tanısını araştırmak amacıyla, görüşmecinin uyguladığı yapılandırılmış klinik görüşmedir (90). Psikopatoloji bilen bir görüşmeci tarafından uygulanması gereklidir. Türkçe’ye uyarlanması Özkürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır (91).

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Y-BOCS): OKB tanılı hastada obsesif kompulsif

belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla, psikopatoloji bilen görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir (74). Toplam 19 maddeden oluşmaktadır, ancak semptom şiddetini ölçmek amacıyla yalnızca ilk 10 madde kullanılmaktadır. Ölçeğin yanında, geçmişteki ve şu andaki semptomların tanınmasına yardımcı olan Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi bulunmaktadır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması; Karamustafalıoğlu ve ark. (59) ve Tek ve ark. (60) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ): Hastalarda depresif belirtilerin şiddetini ölçmek üzere Hamilton (92) tarafından geliştirilmiş ve Williams (93) tarafından yapılandırılmış hale dönüştürülmüştür. Tanı koydurucu olarak kullanılmaz, hastalarda depresyonun düzeyini ve semptom şiddet değişimini ölçmek ve gruplar arasında karşılaştırma yapmak için kullanılır. Sorular yapılandırılmıştır ve görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Her soru 0-4 arasında puanlandırılır ve en yüksek puan 51'dir. Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve ark. (94) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ): Anksiyete düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek, belirti dağılımını belirlemek amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış ve görüşmeci tarafından uygulanan beşli Likert tipi bir ölçektir (95). Ruhsal ve bedensel belirtileri sorgulayan toplam 14 soru içermektedir. Her soru 0-4 arasında puanlandırılır ve en yüksek toplam puan 56'dır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve ark. (96) tarafından yapılmış olup, Türkçe formunda kesme puanı hesaplanmamıştır, yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda anlam taşır.

Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ) (The Overvalued Ideas Scale-OVIS): OKB'da içgörü düzeyinin kantitatif olarak değerlendirilebilmesini sağlamak amacıyla Neziroğlu ve ark. (73) tarafından 1999'da geliştirilmiştir. Psikometrik veriler, ölçeğin iç tutarlılığa, test-yeniden test güvenilirliğine sahip olduğunu ve Y-BOCS'nin 11. maddesi ile $r=0.67$ düzeyinde korelasyon taşıdığını göstermiştir (73). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış hali, Tümkaya ve ark. tarafından (71) OKB olan hasta popülasyonunda kullanılmış ve sonuçları yayınlanmıştır. Ölçeğin geliştirilmesinden sonraki literatürde, 'Aşırı Değerlendirilmiş Düşünce (Overvalued Ideas -OVI)' OKB'de içgörü azlığının güvenilir bir göstergesi olarak kabul edilmektedir ve ADDÖ

puanı ≥ 6 (6 ve üzerinde) olan hastalar 'içgörüsü az olan OKB' olarak kabul edilmiştir (71,97). Ölçeğin doldurulmasından önce, bugün de dahil olmak üzere geçen hafta içinde hastada mevcut olan temel bir obsesif inanç tespit edilir. Bu inanç, hastada en yoğun sıkıntıya ya da sosyal ve mesleki işlevsellikte en ciddi bozulmaya yol açan inanç olmalıdır. Görüşmeci tarafından her bir madde, bu özgül inanç göz önünde bulundurularak puanlanır. Ölçeğin son şeklinde inancın şiddeti, kesinliği, akla uygunluğu, geçen hafta inancın en düşük ve en yüksek şiddeti, başkalarının aynı inancı paylaşma boyutu ve neden paylaşıp paylaşmadıkları, inancın yarattığı olumsuz sonuçları önlemede kompulsiyonların etkililiği, inanca direnme düzeyi ve içgörüyü ölçen 11 madde vardır. Maddeler 1-10 arasında puanlanır. ADDÖ puanı, her bir maddeden alınan puanların ortalamasından elde edilir.

Duygu Dışa Vurum Düzeyi Ölçeği (DDDÖ) (Level of Expressed Emotion-LEE): Hasta için önemli olan bir kişi ile hasta arasındaki duygusal havayı anlamak ilişkinin bazı özelliklerini dereceleme üzere, Kanada'da Cole ve Kazarian (98) tarafından geliştirilmiş olan bir özdeğerlendirme ölçeğidir (99). Hastaya uygulanmaktadır. 60 itemden oluşan maddeler, doğru – yanlış biçiminde, anahtar akraba konumunda olan bir kişi ile son 3 ay içindeki ilişkiler göz önüne alınarak işaretlenmektedir ve 0-1 arasında puanlanmaktadır. En yüksek toplam puan ölçek soru sayısı kadar olup, puan yükseldikçe DD düzeyi yükselmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geliştirilmesi Berksun (79) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin her biri 15 maddeden oluşan 'Dalıcılık-Müdahalecilik (DM) (Intrusiveness)', 'Duygusal Tepki (DT) (Emotional response)', 'Hastalığa karşı tutum (HT) (Attitude toward illness)', 'Hoşgörü / Beklentiler (HB) (Tolerance / Expectation)' olmak üzere 4 alt ölçeği vardır.

Duygu Dışa Vurum Ölçeği (DDÖ) (Expressed Emotion-EE): Berksun (81) tarafından yapılan bir tez çalışmasında Türkçe'ye çevrilmiş ve geliştirilmiş bir ölçektir. Berksun'un (81) belirtildiğine göre, ölçeğin son formu Fergusson ve Takane tarafından 1989'da yayınlanmıştır. İlişkilerde etkileşime eşlik eden duygusal tonu nitelikleme ve ölçmek için, DD kuram ve kavramlarından yola çıkarak hazırlanmış olan DDÖ, hasta yakınlarının, hastasını ve kendilerini algılayışlarını tespit etmeyi amaçlar. En son formunda, doğru – yanlış seçeneklerinden birinin hasta yakını

tarafından işaretlendiği 41 madde bulunmaktadır ve her bir madde 0-1 puan arasında puanlanmaktadır. En yüksek toplam puan, ölçek soru sayısı kadar olup, puan yükseldikçe DD düzeyi yükselmektedir. 29 madde ‘Eleştirel Oluş (EO) (Critisizm) ve Düşmancıl Oluş (DO) (Hostility)’u, 12 madde ise ‘Aşırı İlgi-Koruyucu- Kollayıcı- Müdahalecilik (İKKM) (Emotional Overinvolvement)’i göstermektedir (81).

4. BULGULAR

Bu çalışma, yaşları 18-65 arasında değişen (ortalama: 31.85 ± 12.56) 63 OKB tanılı hastada yapıldı. Hastaların içinde kadınların oranı %68.3 (n=43), erkeklerin oranı %31.7 (n=20) idi. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, hastaların %52.4 (n=33)'ü bekar, %44.4 (n=28)'ü evli, %3.2 (n=2)'i dul/boşanmıştı. İş durumu açısından incelendiğinde ise, %38.1 (n=24)'i evhanımı, %30.2 (n=19)'u öğrenci, %23.8 (n=15)'i çalışıyor/emekli, %7.9 (n=5)'i işsizdi. Hastaların %82.5 (n=52)'nin hiç hospitalizasyon öyküsü yokken, %17.5 (n=11)'inin 1 veya 1'den fazla sayıda hospitalizasyon öyküsü mevcuttu. İlaç kullanım özellikleri açısından verileri incelendiğinde %57.2 (n=36)'i SGI (Serotonin Gerilim İnhibitörü) grubundan bir ilaç, %36.5 (n=23)'ü SGI ve atipik antipsikotik bir ilacı birlikte kullanıyordu. %6.3 (n=4) hasta görüşme yapıldığı sırada hiçbir ilaç kullanmıyordu. Ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulandığında %44.4 (n=28)'inde herhangi bir ruhsal hastalık olmadığı belirtilirken, %27 (n=17)'inde ailede OKB, %28.6 (n=18)'inde ailede OKB dışı bir ruhsal hastalık öyküsü bildirildi. Hastaların tümü için ortalama eğitim süresi 11.73 ± 3.80 yıl, ortalama hastalık başlangıç yaşı 19.23 ± 7.49 , ortalama hastalık süresi 12.63 ± 11.90 yıl olarak tespit edildi.

OKB'ü olan hastalardan oluşan çalışma grubunun içgörü düzeylerini tespit etmek amacıyla uygulanan ADDÖ puanlarına göre; ADDÖ puanı <6 olan hastalar "İçgörüsü İyi Olan OKB Hastaları", ADDÖ puanı ≥ 6 olan hastalar "İçgörüsü Az Olan OKB Hastaları" olarak gruplandırıldı. Buna göre, İçgörüsü İyi Olan OKB Hastaları'nın oranı %68.3 (n=43), ADDÖ'den aldıkları puan ortalaması $3.53 (\pm 1.39)$ iken; İçgörüsü Az Olan OKB Hastaları'nın oranı %31.7 (n=20) ve ADDÖ'den aldıkları puan ortalaması $6.74 (\pm 0.72)$ idi. Her iki grubun sosyodemografik ve klinik özellikleri birbirleriyle karşılaştırıldı. Gruplar arasında; yaş, cinsiyet, eğitim süresi, hastalığın başlama yaşı, hastalık süresi, medeni durum, iş durumu, hospitalizasyon öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve halen kullandığı ilaçlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($p > 0.05$) İçgörüsü İyi ve Az Olan OKB Hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerine ait sonuçlar ve birbirleriyle karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. İçgörüsü İyi Olan ve İçgörüsü Az Olan OKB Hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	İçgörüsü İyi Olan OKB Hastaları (n=43)	İçgörüsü Az Olan OKB Hastaları (n=20)		
	Ortanca(%25-%75)	Ortanca(%25-%75)	z	p
Yaş	27(21-38)	30(25-41)	-1.06	0.28
Eğitim süresi (yıl)	12(8-16)	12(11-15)	-0.67	0.50
Hastalık başlama yaşı	17(15-23)	18(13-22)	-0.63	0.52
Hastalık süresi (yıl)	7(3-17)	10(6-25)	-1.31	0.18
	n(%)	n(%)	x²	p
Cinsiyet				
Kadın	29 (%67.4)	14 (%70.0)	0.04	0.83
Erkek	14 (%32.6)	6 (%30.0)		
Medeni durum				
bekar	23 (%53.5)	10 (%50.0)		
evli	19 (%44.2)	9 (%45.0)	0.32	0.85
dul/boşanmış	1 (%2.3)	1 (%5.0)		
İş Durumu				
ev hanımı	18 (%41.8)	6 (%30.0)		
öğrenci	15 (%34.9)	4 (%20.0)	4.73	0.19
düzenli iş/emekli	7 (%16.3)	8 (%40.0)		
işsiz	3 (%7.0)	2 (%10.0)		
Hospitalizasyon öyküsü				
yok	38 (%88.3)	14 (%70.0)	3.00	0.08
var	5 (%11.6)	6 (%30.0)		
İlaç kullanımı				
SGI	26 (%60.5)	10 (%50.0)		
SGI + AAP	13 (%30.2)	10 (%50.0)	7.34	0.06
İlaç kullanmıyor	4 (%9.3)	0 (%)		
Ailede Ruhsal Hastalık				
ruhsal hastalık yok	21 (%48.8)	7 (%35.0)		
OKB	10 (%23.2)	7 (%35.0)	4.02	0.25
OKB dışı ruhsal hastalık	12 (%28.0)	6 (%30.0)		

SGI: Serotonin geri alım inhibitörü antiobsesyonel ilaç

AAP: Atipik antipsikotik ilaç

Her OKB hastasının obsesif ve kompulsif semptomları, YBOCS Semptom Kontrol Listesi kullanılarak tespit edilmiş olduğundan semptomların görülme oranları belirlendi.

Tüm hastalar için(n:63) obsesyonlar sıklık sırasına göre şu oranlarda saptandı: %77.8 (n=49) kirlenme obsesyonu, %42.9 (n=27) simetri/düzen obsesyonu, %41.3 (n=26) saldırganlık obsesyonu, %38.1 (n=24) dini obsesyon, %23.8 (n=15) diğer obsesyonlar, %22.2 (n=14) cinsel obsesyon, %17.5 (n=11) somatik obsesyon, %11.1 (n=7) biriktirme /saklama obsesyonu.

Tüm hastalar için(n:63) kompulsiyonlar ise sıklık sırasına göre şu oranlardaydı: %71.4 (n=45) temizleme/yıkama kompulsiyonu, %55.6 (n=35) tekrarlayıcı davranışlar, %42.9 (n=27) kontrol kompulsiyonu, %41.3 (n=26) diğer kompulsiyonlar, %31.7 (n=20) sıralama/düzenleme kompulsiyonu, %23.8 (n=15) sayma kompulsiyonu, %11.1 (n=7) biriktirme/saklama kompulsiyonu.

Obsesif ve kompulsif semptomların görülme oranları, İçgörüsü İyi Olan ve İçgörüsü Az Olan OKB Hasta gruplarında ayrı ayrı tespit edildi ve gruplar bu özellik açısından birbiriyle karşılaştırıldı. İki grup arasında obsesif ve kompulsif semptomların görülme oranları açısından farklılık saptanmadı. ($p > 0.05$) İçgörüsü İyi Olan ve İçgörüsü Az Olan OKB Hasta gruplarının obsesif ve kompulsif semptomların görülme oranları açısından karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. İçgörüsü İyi Olan ve İçgörüsü Az Olan OKB Hasta grupları arasında obsesif ve kompulsif semptomların görülme oranları açısından karşılaştırılması

	İçgörüsü İyi Olan OKB Hastaları (n=43)	İçgörüsü Az Olan OKB Hastaları (n=20)		
	n(%)	n(%)	x²	p
OBSESYONLAR				
Saldırganlık	17 (%39.5)	9 (%45.0)	0.16	0.68
Kirlenme	32 (%74.4)	17 (%85.0)	0.93	0.33
Cinsel	9 (%20.9)	5 (%25.0)	0.12	0.72
Biriktirme/saklama	4 (%9.3)	3 (%15.0)	0.42	0.51
Dini	16 (%37.2)	8 (%40.0)	0.04	0.83
Simetri/düzen	17 (%39.5)	10 (%50.0)	0.60	0.43
Somatik	7 (%16.3)	4 (%20.0)	0.12	0.72
Diğer	10 (%23.3)	5 (%25.0)	0.02	0.88
KOMPULSİYONLAR				
Temizleme/yıkama	32 (%74.4)	13 (%65.0)	0.58	0.44
Kontrol	18 (%41.9)	9 (%45.0)	0.05	0.81
Tekrarlayıcı davranış	23 (%53.8)	12 (%60.0)	0.23	0.62
Sayma	10 (%23.3)	5 (%25.0)	0.02	0.88
Sıralama/düzenleme	13 (%30.2)	7 (%35.0)	0.14	0.70
Biriktirme/toplama	4 (%9.3)	3 (15.0)	0.42	0.51
Diğer	15 (%34.9)	11 (55.0)	2.26	0.13

n(%) değerleri, hastalarda obsesyon ve kompulsiyonun var olması durumunun oranını gösterir.

İçgörüsü İyi Olan ve İçgörüsü Az Olan OKB Hasta grupları, obsesif-kompulsif semptomların şiddeti açısından karşılaştırmak için YBOKÖ-toplam, YBOKÖ-obsesyon ve YBOKÖ-kompulsiyon puanları; anksiyete semptom şiddeti açısından karşılaştırmak için HADÖ puanları, depresif semptom şiddeti açısından karşılaştırmak için HDDÖ puanları ile değerlendirildi. İçgörüsü Az Olan OKB Hasta grubunun YBOKÖ-toplam puanı ($p<0.001$), YBOKÖ-obsesyon puanı ($p<0.001$), YBOKÖ-kompulsiyon puanı ($p=0.005$), HADÖ puanı ($p=0.007$) ve HDDÖ puanı ($p=0.03$) İçgörüsü İyi Olan OKB Hasta grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

İçgörüsü İyi Olan ve İçgörüsü Az Olan OKB Hastalarının DD açısından karşılaştırılması, DDÖ ve DDDÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması ile yapılmıştır. İçgörüsü Az Olan OKB Hasta grubunun birinci derece yakınlarından elde edilen DDÖ-toplam ölçek puanları ($p=0.04$), hastaların

kendilerinden elde edilen DDDÖ-toplam ($p=0.03$), DDDÖ-DT alt ölçek ($p=0.02$) ve DDDÖ-HB alt ölçek ($p=0.02$) puanları İçgörüsü İyi Olan OKB Hasta grubunun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Her iki gruba uygulanan klinik ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılması Tablo 3'de gösterilmiştir.

Çalışmaya aldığımız OKB hastalarında içgörü düzeyinin tespit edilmesini sağlayan ADDÖ puanları kullanılarak; içgörü düzeyinin hem hastalara ait sosyodemografik ve klinik özelliklerle, hem de klinik ölçeklerden alınan puanlarla bağıntı analizi yapıldı. Spearman Korelasyon testi uygulanması sonucunda ADDÖ puanı ile hastalık süresi ($r=0.29$, $p<0.05$), YBOKÖ-toplam puanı ($r=0.58$, $p<0.001$), YBOKÖ-obsesyon puanı ($r=0.53$, $p<0.001$), YBOKÖ-kompulsiyon puanı ($r=0.52$, $p<0.001$), HADÖ puanı ($r=0.33$, $p<0.01$), HDDÖ puanı ($r=0.41$, $p<0.001$), DDDÖ-toplam ölçek puanı ($r=0.28$, $p<0.05$), DDDÖ-DT alt ölçek puanı ($r=0.29$, $p<0.05$), DDDÖ-HB alt ölçek puanı ($r=0.32$, $p<0.05$) arasında pozitif anlamlı korelasyon saptandı.

Tablo 3. İçgörüsü İyi Olan ve İçgörüsü Az Olan OKB Hasta gruplarında klinik ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılması

	İçgörüsü İyi Olan OKB Hastaları (n=43)	İçgörüsü Az Olan OKB Hastaları (n=20)		
	Ortanca(%25-%75)	Ortanca(%25-%75)	z	p
YBOKÖ-toplam	17(13-23)	29(20-33)	-3.51	<0.001***
YBOKÖ-obsesyon	9(7-12)	15(13-17)	-3.61	<0.001***
YBOKÖ-kompulsiyon	9(6-13)	13(9-17)	-2.80	0.005**
HADÖ	13(6-22)	25(12-37)	-2.67	0.007**
HDDÖ	10(4-17)	13(9-22)	-2.09	0.03*
DDÖ-toplam	12(10-17)	16(13-19)	-2.01	0.04*
DDÖ-EO/DO	8(5-10)	10(5-13)	-1.77	0.07
DDÖ-İKKM	5(3-7)	5(4-8)	-0.84	0.39
DDDÖ-toplam	16(8-23)	29(14-38)	-2.13	0.03*
DDDÖ-DM	5(2-10)	5(3-13)	-1.19	0.23
DDDÖ-DT	4(2-9)	9(4-11)	-2.23	0.02*
DDDÖ-HT	4(3-7)	5(3-8)	-1.27	0.20
DDDÖ-HB	2(1-6)	7(1-11)	-2.21	0.02*

YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği

HADÖ: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

DDÖ: Duygu dışavurum ölçeği (Expressed Emotion)

DDDÖ: Duygu dışavurum düzeyi ölçeği (Level Expressed Emotion)

EO/DO: Eleştirel Oluş (Critisizm) /Düşmancıl Oluş (Hostility)

İKKM: Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdahalecilik (Emotional Overinvolvement)

DM: Dalıcılık-Müdahalecilik (İntrusiveness)

DT: Duygusal Tepki (Emotional response)

HT: Hastalığa karşı tutum (Attitude toward illness)

HB: Hoşgörü / Beklentiler (Tolerance / Expectation)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Çalışmaya alınan OKB hastalarında içgörü düzeyi(bağımlı değişken) ve içgörü düzeyi ile ilişkisi saptanan bağımsız değişkenler (hastalık süresi, YBOKÖ-toplam puanı, YBOKÖ-obsesyon puanı, YBOKÖ-kompulsiyon puanı, HADÖ puanı, HDDÖ puanı, DDDÖ-toplam ölçek puanı, DDDÖ-DT alt ölçek puanı ve DDDÖ-HB alt ölçek puanı) arasındaki ilişkinin en doğru şekilde kestirilebilmesi, içgörü hakkında öngörme (*predictive*) değeri olabilecek bağımsız değişkenlerin saptanması amacıyla daha ileri analitik istatistik teknikler uygulandı. Bu amaçla uygulanan doğrusal regresyon analizi sonucunda, ADDÖ puanı ile hastalık süresi($\beta=0.034$, $SE=0.016$, $p<0.05$) ve YBOKÖ-toplam puanı arasında($\beta=0.119$, $SE=0.022$, $p<0.001$) ADDÖ puanını tahmin etmeyi sağlayabilecek öngörme değere sahip pozitif anlamlı ilişki saptandı. Ayrıca hastalık süresi ve YBOKÖ-toplam puanı dışında kalan diğer bağımsız değişkenler de (*constant*), ADDÖ puanı ile anlamlı pozitif ilişki gösterdi. ($\beta=1.558$, $SE=0.514$, $p<0.01$). ADDÖ puanı ile anlamlı ilişki saptanan bağımsız değişkenlere ait doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. ADDÖ puanı ile anlamlı ilişkisi saptanan bağımsız değişkenlere ait regresyon analizi sonuçları

Bağımsız Değişkenler	β	SE	Standardize β	t	p
Constant	1.558	0.514	-	3.028	0.004**
Hastalık Süresi	0.034	0.016	0.021	2.068	0.043*
YBOKÖ-toplam puanı	0.119	0.022	0.055	5.385	0.000001***

β : Regresyon katsayısı, SE: Standardized Error, R^2 : 0.398

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda, ADDÖ’i kullanılarak ‘içgörüsü az olan OKB’ hastalarının oranı %31.7 olarak saptandı. YBOKÖ 11. maddesi göz önünde bulundurularak yapılan bir çok çalışmada “içgörünün az olduğu OKB” oranı, % 15-36 olarak bildirilmiştir (5,6,7,8,10). Alonso ve ark. (11), 132 OKB tanılı hastada Brown İnanışları Değerlendirme Ölçeği kullanarak ‘içgörü azlığı olan OKB’ oranını %29.5 olarak tespit etmişlerdir. Çalışmamızdaki oranın, literatürde bildirilen oranların üst sınırına yakın tespit edilmesinin nedeni; çalışmaya dahil edilen hastaların büyük kısmının anksiyete bozukluklarının takibi için özelleşmiş bir polikliniğe sürekli takibe gelen hastalardan olması, yani büyük oranda kronisite kazanmış hastalar olması ve içgörünün farklı bir ölçekle değerlendirilmiş olması olabilir.

OKB’de içgörü; kesin sınırları olan kategorik bir ölçüm olmaktan çok, obsesyon ve kompulsiyonların tamamen saçma olduğunun farkında olma ile onları gerçekçi ve akla uygun bulma arasında değişen bir spektrumda değerlendirilebilir (11). Yani içgörünün varlığı/yokluğundan ziyade içgörünün düzeyi ile ilişkili faktörlerin analiz edilmesi, bu fenomenin hem içeriğinin hem de sınırlarının anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Ancak içgörünün değerlendirilmesi, bugüne değin birçok çalışmada içgörü varlığı/yokluğunu anlamaya yönelik tek maddelik ölçümlerle (3) ve en sık olarak da YBOKÖ 11. maddesindeki içgörüyü değerlendiren tek bir soruyla yapılmıştır (6,8,10,70).

Çalışmamızda ‘içgörüsü az olan OKB’ hastalarında; yaş, cinsiyet, eğitim süresi, medeni durum, iş durumu gibi sosyodemografik özellikler ile hastalığın başlama yaşı, hastalık süresi, hospitalizasyon öyküsü, ilaç kullanım özellikleri, ailede ruhsal hastalık öyküsü gibi klinik özellikler açısından ‘içgörüsü iyi olan OKB’ hastalarından farklılık saptamadık. Çeşitli çalışmalarda, ‘içgörü azlığı olan OKB’ hastalarında hastalığın daha erken yaşta başladığı (7,12), daha uzun hastalık süresi olduğu (7), eğitim süresinin daha az olduğu (5,11), iş sahibi olmanın daha az olduğu (12,13), ailede OKB öyküsünün daha fazla olduğu (9,13) bildirilmiştir. Bellino ve ark. (13), 74 OKB hastasının içgörü düzeyini ADDÖ kullanarak değerlendirdikleri çalışmada, içgörü düzeyi ile hastalığa ait sosyodemografik ve bazı klinik özellikleri

karşılaştırmışlar ve içgörü düzeyi ile cinsiyet, medeni durum, hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi arasında anlamlı ilişki saptamamışlardır. Farklı çalışmalarda (6,8,11) bu özellikler açısından birbiriyle çelişkili bulgular mevcuttur ve OKB’de içgörü azlığının sosyodemografik ve bazı klinik özelliklerle ilişkisi açık değildir.

Çalışmamızda içgörüsü iyi olan ve içgörü azlığı olan OKB hasta grupları arasında obsesif kompulsif semptomların görülme oranları açısından farklılık saptamadık. OKB’de içgörü azlığının biriktirme obsesyon ve kompulsiyonlarının daha sık olması ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar yanında (5), içgörü azlığında somatik obsesyonların daha fazla olduğunu bildiren bir çalışma (14), iyi içgörülü OKB hastalarında kirlenme obsesyonu ve temizleme kompulsiyonunun anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu gösteren bir çalışma (11) mevcuttur. 106 OKB hastasında yaşam boyu yıkama ve kontrol kompulsiyonlarının araştırıldığı bir çalışmada, kontrol kompulsiyonlarının olduğu hasta grubunda anlamlı düzeyde düşük içgörü saptanmıştır (15). Bunun yanında, içgörü azlığı olan OKB hastalarının obsesif kompulsif semptom özelliklerinin iyi içgörülü olanlardan farklı olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (6,12).

Çalışmamızda, içgörüsü az olan OKB hastalarında OKB semptom şiddeti içgörüsü iyi olan OKB hastalarından anlamlı düzeyde yüksek saptandı. İçgörü azlığı olan OKB hastalarında OKB semptom şiddetinin daha fazla olduğu çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir (3,6,7,9,10,11,12). Bellino ve ark.’nın çalışmasında (13), içgörü düzeyi klinik ölçeklerin sonuçları ile de karşılaştırıldığında, YBOKÖ toplam, YBOKÖ-obsesyon ve YBOKÖ-kompulsiyon puanları ile anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu çalışmada depresyon ve anksiyete semptom şiddeti ile içgörü düzeyi arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır. İçgörü düzeyine Brown İnanışları Değerlendirme Ölçeği ile bakılan bir başka çalışmada, içgörü düzeyi ile YBOKÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (100).

İçgörü ile obsesif kompulsif semptom ilişkisini saptamadaki zorluklardan biri, Brown İnanışları Derecelendirme Ölçeği ve ADDÖ gibi içgörüyü kapsamlı bir şekilde ölçen yöntemlerde, içgörünün hastanın en önemli anksiyete kaynağı olan semptomu göz önünde bulundurularak yapılması olabilir. YBOKÖ semptom şiddetini ölçen soruları ve içgörüyü ölçen 11. maddesi ise, semptomların geneli

üzerinden değerlendirme yapmaktadır. Bu nedenle, ayrı semptom boyutları için semptom varlığı ve şiddetini ölçen Boyutsal Y-BOKÖ (DY-BOCS- Dimensional Y-BOCS) geliştirilmiştir (101). Gelecek çalışmalarda içgörü ve OKB klinik boyutu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için bu ölçeğin kullanılması önerilmektedir (11).

Çalışmamızda, içgörüsü az olan OKB hastalarında hem depresif semptom şiddetini, hem de anksiyete semptom şiddetini artmış olarak saptadık. İçgörü azlığının yetişkin OKB hastalarında aksiyeteyi artırabileceği, buna bağlı olarak kompulsyonları güçlendirebileceği gösterilmiştir (102). Yaş ortalaması 11.7 (8-17 yaş) olan, 71 çocuk/ergen OKB hastasında içgörü azlığında depresif semptom şiddetinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu, anksiyete semptom şiddetinin anlamlı fark oluşturmamakla birlikte yüksek olduğu saptanmıştır (16). Bu bulgular, içgörü azlığının çocukluk yaş grubunda itibaren daha şiddetli depresyon ve anksiyete semptomlarıyla seyrettiğini gösterebilir.

132 OKB hastasında içgörü azlığının Brown İnanışları Derecedirme Ölçeği ile, depresif semptom şiddetinin HDDÖ ile ölçülüp karşılaştırıldığı bir çalışmada (11), gerek basal depresyon semptom şiddeti, gerekse 12 haftalık antidepressan tedavi sonrası depresif semptom şiddeti, içgörü azlığı olan OKB hastalarında yüksek bulunmuştur. Türksoy ve ark. da (3), içgörü azlığı olan OKB hasta grubunda hem depresyon (HDDÖ ile) hem de anksiyete (HADÖ ile) semptom şiddetini anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır.

Çalışmamızda, içgörü azlığı olan OKB hastalarının ifade ettiği DD düzeyi, toplam ölçümde, ‘duygusal tepki’ boyutunda ve ‘hoşgörü/beklentiler’ boyutunda içgörüsü iyi olan OKB hasta grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Ayrıca içgörüsü az olan hasta grubunun birinci derece yakınının ifade ettiği DD düzeyi, içgörüsü iyi olan hasta grubundan yüksekti. DD, OKB’da bugüne değin yeterince araştırılmamış olmakla birlikte, ruhsal hastalıklar için önemli anlamları olduğu düşünülen bir kavramdır. DD’nun psikiyatrik hastalıklar açısından önemi bilinmesine karşın, araştırma alanında çalışma azlığının nedenlerinden biri, DD ölçmek için geliştirilen ilk ölçek olan Camberwell Aile Görüşmesi (Camberwell Family Interview – CFI)’nin (103), deneyimli görüşmecileri gerektiren ve uygulanması uzun zaman alan bir test olmasıdır (10). Hastanın aile üyeleri ile

görüülerek yapılan DD araştırmalarının arkasındaki varsayım; hasta yakınlarının hastanın yanlarında bulunmadığında sergiledikleri DD’u, hasta ile günlük etkileşimlerinde de sergiledikleri yönündedir (67). Bunun yanında, DD değişkenleri değerlendirilirken hasta yakınının ifade ettiği ile hastanın algıladığı DD düzeyi arasında bir dereceye kadar farklar olduğu gösterilmiştir (68).

Berardis ve ark. (10), 75 OKB hastasını YBOKÖ 11. maddesine göre, içgörsü az olan ve içgörsü iyi olan gruplara ayırdılar. Hastanın gözünden algılanan DD’u ölçen bir öz bildirim ölçeği olan FEICS (Family Emotional Involvement and Criticism Scale)’i kullanarak ölçtükleri DD’ini gruplar arasında karşılaştırdılar. İçgörü azlığı olan hasta grubunda DD düzeyini hem toplam ölçümde, hem ‘algılanan eleştirelilik’, hem de ‘duygusal aşırı müdahalecilik’ boyutlarında içgörsü iyi olan hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek tespit ettiler. ‘Algılanan eleştirelilik’in daha kötü tedavi sonuçlarını öngördüğünü gösteren bir çalışmada, ilginç olarak hasta yakınının ifade ettiği eleştirel yorum düzeyinin daha iyi tedavi sonuçları ile ilişkisi gösterilmiştir (89).

Çalışmamızda; içgörü düzeyi ile DD değişkenlerinin ilişkisini tespit etmeye çalıştığımız analizlerde, içgörü düzeyi ile ‘Duygusal Tepki’ ve ‘Hoşgörü/ Beklentiler’ boyutları arasında korelasyon saptanırken, ‘Eleştirel Oluş/Düşmancıl Oluş’, ‘Aşırı İlgi-Koruyucu- Kollayıcı- Müdahalecilik’, ‘Dalıcılık/ Müdahalecilik’, ‘Hastalığa Karşı Tutum’ buyutları ile anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar, ‘Eleştirel Oluş/Düşmancıl Oluş’, ‘Aşırı İlgi-Koruyucu- Kollayıcı- Müdahalecilik’, ‘Dalıcılık/ Müdahalecilik’, ‘Hastalığa Karşı Tutum’ a ilişkin DD değişkenlerinin hastanın algıladığı kontrolü artırdığı ve içgörü düzeyi üzerinde olumlu etki yaptığı şeklinde yorumlanabilir. Bu veriler, içgörü gelişimi üzerine aile tutumlarının etkisi olduğu ile ilgili ön fikir vermekle birlikte, bu alanda uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Duygusal aşırı müdahaleciliğin spesifik özelliklerini araştıran bir çalışmada, bu yapının 3 boyutu olduğu belirtilmiştir: ‘Müdahalecilik’, ‘Fedakarlık’ ve ‘Duygusal Aşırı Tepki’. ‘Müdahalecilik; rol tanımının yetersizliği, sınırların yokluğu ve yüksek düzeyde aile uyumunu tanımlar (104). Yüksek aile uyumu ise; OKB için ritüellere katılım, kişisel ve aile rutinlerinin semptomlara göre modifikasyonu, kaçınmayı

destekleme ve hastanın sorumluluğunu almak anlamlarına gelmektedir. Müdahalecilik'le ilişkili etkilerin içgörü düzeyi ile ilişkisi gösterilmiş olsa da, 'Fedakarlık' ve 'Duygusal Aşırı Tepki' boyutları yeterince çalışılmamıştır (105). DD üzerine çalışan araştırmacılar, yüksek düzeyde duygusal aşırı müdahaleciliği, yüksek DD'un bir ifadesi olarak yüksek eleştirelilik ve hostilite ile aynı düzlemde ele almayı önermişlerdir (67).

DD kavramının OKB açısından önemli bir yönü; OKB hastalarının aile üyelerinin özellikleri ve aile tedavilerinin DD üzerine etkileri ile ilgilidir. OKB hastası ebeveynlerinde, normal popülasyona göre yüksek oranlarda bulunan OKB tanısı ile %30-40 oranlarında bulunan subklinik obsesif semptomlar ve/veya obsesif kişilik bozuklukları, obsesif semptomların ebeveynler tarafından çocukluk yaşlarından itibaren dikkatsizce güçlendirilmesine neden oluyor olabilir. OKB'da aile tedavileri üzerine yapılan bir çalışmada, bu neden gösterilerek, eleştirelilik, düşmanlık oluş ve duygusal aşırı müdahalecilik hakkında aile üyeleri için psikoeğitim müdahaleleri önerilmiştir (106).

Aile disfonksiyonun mu ruhsal hastalığa yol açtığı, ruhsal hastalığın mı aile disfonksiyonuna yol açtığı sorusunun cevabı açık olmamakla birlikte, aile özelliklerinin ruhsal hastalıkların seyri üzerine etkisi çok sayıda araştırma ile anlaşılmaya çalışılmıştır. Butzlaff ve Hooley (107), psikiyatrik hastalıklarda relaps üzerinde DD'nun belirleyici bir etkisi olup olmadığını bir metanalizde araştırmışlardır. Bu çalışmada DD'nun relaps üzerine etkisi, şizofreni için 27, duygudurum bozuklukları için 6, yeme bozuklukları için 3 çalışmada gözden geçirilmiş ve şizofreni için daha belirgin olmak üzere her 3 psikiyatrik hastalık grubunda da DD'nun relaps için güvenilir bir belirleyici olduğu bildirilmiştir.

Yine kritik bir varsayım olarak, yüksek DD gösteren aile ortamlarındaki hastalar, yaşadıkları duygusal ortamdan etkilenerek kötüleşmektedirler (67). Ruh sağlığı üzerinde DD'un etkilerini açıklamaya çalışan araştırmalar, stres-yatkınlık modeline vurgu yapar. Yüksek düzeyde DD yaşayan hastalar, daha yüksek düzeyde kişilerarası strese maruz kalıyor olabilir (10). Hasta yakınlarının düşmanlık tutumları olduğu durumlarda, hastaların semptomatik davranışlarını artırma ve problem çözücü davranışlarını azaltma eğilimi içinde oldukları bildirilmiştir (67). Düşmanlık oluş ve

eleştireliliğin OKB semptom şiddetiyle ilişkisini araştıran bir çalışmada, bu iki özelliğin semptom şiddetini artırmada benzer oranlarda etkili olduğu gösterilmiştir. Semptom şiddeti üzerine, hastanın algıladığı DD'un hasta yakınlarının belirttiği DD'dan daha çok etkisi olduğu da aynı çalışmada belirtilmiştir (105).

Hasta yakınlarının hastalığa karşı tutumlarının etkisi gözden geçirildiğinde, hasta yakınlarının hastalık davranışlarına ilişkin atıflarının hastanın duygusal davranış ve tepkilerini etkilediği ve psikiyatrik semptomlar üzerine etkilerinin olabileceği bildirilmiştir (108). Bu hipotezle uyumlu olarak araştırmacılar, hastanın kompulsiyonlarını kontrol edebileceğini düşünen hasta yakınlarının, OKB semptomlarının bir hastalık olduğunu düşünenlere göre daha düşmancıl ve eleştirel olduklarını belirtmişlerdir (86).

Bunun yanında, hasta yakınlarının aşırı uyumlu olması da, hastanın kendini kontrol etme etkinliğinde azalma yaratarak OKB seyri üzerinde olumsuz bir etki yapıyor olabilir. Amir ve ark. (109), hasta yakınlarının kendi yaşam biçimlerini değiştirdiklerini ve semptomlara uyum sağladıklarını belirten hastalarda, davranışçı tedavilere cevabın daha kötü olduğunu bildirmişlerdir.

İçgörü düzeyinin klinik ölçeklerle ilişkisini değerlendiren sonuçlarımız açısından; çalışmamızdaki OKB hastalarının hastalık süresi, YBOKÖ-toplam puanı, YBOKÖ-obsesyon puanı, YBOKÖ-kompulsiyon puanı, HADÖ puanı, HDDÖ puanı, DDDÖ-toplam ölçek puanı, DDDÖ-DT alt ölçek puanı ve DDDÖ-HB alt ölçek puanı arttıkça ADDÖ puanı artmaktadır, yani içgörüsü azalmaktadır. İçgörü düzeyinin tüm bu faktörlerle birebir ilişkisine bakan yöntemlerle birbirlerini etkiledikleri göz ardı edilemez. İçgörü düzeyi ile ilişkili faktörlerin birbirlerinden etkilenmeksizin etki güçlerini tespit etmek amacıyla regresyon analizi ile değerlendirdiğimizde, hastalık süresi ve obsesif kompulsif semptomların toplam şiddeti ile içgörü düzeyi arasında anlamlı ilişki saptadık. Bu sonuçlara göre, hastalık süresinin artması ve hastalık toplam semptom şiddetinin artması içgörüde azalmayı öngörür. İçgörü düzeyi ile anlamlı pozitif korelasyon saptanan duygu davranış ölçümlerinin, içgörü düzeyini tahmin etmeyi sağlayacak derecede öngörme özelliği saptanmamıştır.

Berardis ve ark. (10), içgörü düzeyi ile ilişkili klinik değişkenleri regresyon analizi metoduyla araştırdıkları çalışmalarında; içgörü düzeyi ile depresyon semptom şiddeti, kompulsiyon semptom şiddeti ve ‘algılanan eleştirelilik’ arasında içgörü düzeyini öngörecektenli anlamlı ilişki saptamışlardır. Ancak bu çalışmada da içgörü ölçümünün YBOKÖ 11. maddesi ile yapılmış olması metodolojik bir sınırlılık olarak belirtilmiştir. Ayrıca DD düzeyi ölçümü yalnızca hastadan alınan bildirimle yapılmış ve bu sonuç içgörü düzeyi ile karşılaştırılmıştır. Bellino ve ark. (13), benzer bir çalışmayı ADDÖ ile içgörüyü tespit ederek yaptıkları için metodolojik açıdan daha güvenilir bir çalışma olarak kabul edilebilir. Bu çalışmada içgörünün DD ile ilişkisi araştırılmamış olup; içgörü düzeyi ile kompulsiyon semptom şiddeti, hastalığın kronik seyri, ailede OKB öyküsü arasında pozitif yönde; Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu eştanısı ile negatif yönde içgörü düzeyini öngörecektenli anlamlı ilişki saptanmıştır. Bellino ve ark. (13)’nin bu çalışması içgörü azalması ile (ADDÖ puanı artışı) OKB’un kronisitesi arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Bu bulguları olası yorumu; içgörüsü az olan OKB hastalarının obsesif düşünce içeriğine ve kompulsif davranışlara karşı direnemedikleri olabilir. Kompulsif semptomların içgörü düzeyi ile ilişkisini anlamlı bulan iki çalışmanın (10,13) sonuçları açısından ve bizim çalışmamızda hem obsesif hem de kompulsif semptomların şiddetinin anlamlı ilişki göstermesi açısından değerlendirildiğinde, içgörüsü az olan hastaların obsesif düşüncenin meydana getirdiği anksiyeteyi engellemek için, kompulsif ritüellerin gerekli olduğuna duydukları eğilimin yüksek olduğu ve semptomların şiddetlendiği düşünülebilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları ise şunlardır; araştırma kliniğimize başvuran OKB tanılı hastalarda yapılmıştır, bütün OKB’u olan hastaları temsil etmemektedir. Araştırmanın kesitsel olması, izlem çalışması olmaması değişkenler arasındaki ilişkiyi yorumlamayı kısıtlamaktadır. ADDÖ’nin ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği çalışılmamış olup, ölçek yalnızca Türkçe’ye uyarlanmıştır. Çalışmanın naturalistik olması nedeniyle aldıkları ilaçlara müdahale edilmemiştir. Tüm hastaların aynı ilacı kullanmaması sonuçları yorumlamayı sınırlamaktadır. Olguların eksen II tanıları çalışmamızda araştırılmamıştır. OKB’da, kişilik bozukluğunun eştanı olarak varlığı hastanın içgörüsünü etkileyebileceği bildirilmiştir (11,13,15). Duygu dışavurumun

değerlendirildiği birinci derece hasta yakınının seçimi (anne, baba, eş vs) yeterince standardize edilememiştir.

İçgörü azlığı olan OKB hastalarının klinik özelliklerinin tanımlanması ve içgörü ile ilişkili faktörlerin araştırılması, süreğen ve yüksel işlevsellik kaybı yapan bir psikiyatrik bozukluğun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. OKB’de içgörü ve DD ile ilgili araştırmaların, gelecekte aile tedavi stratejilerinin belirlenmesi ile ilgili önemli anlamları vardır. Özellikle OKB’i tanımayan, hastanın semptomlarıyla uyumluluk gösteren, eleştirel ve negatif tutum göstermeye eğilimli hasta yakınları için psikoeğitim müdahalelerinin gerekliliği vurgulanmaktadır. OKB tedavisinde aile yaklaşımları üzerine çalışan araştırmacılar; DD’un azalmasına dayalı tedavi stratejileri ve içgörüyü artırmaya yönelik girişimleri, OKB’de relapsları önlemede farmakoterapiye güçlendirici olarak önermektedirler (106). En uygun tedavi stratejilerinin geliştirebilmesi için; içgörüyle ilişkili klinik faktörler, DD’un farklı boyutları ve klinik seyir üzerine etkisi hakkında yapılacak izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, elde edilen sonuçlar şunlardır:

1. İçgörüsü az olan OKB hastalarında; içgörüsü iyi olan OKB hastalarına göre, OKB'un semptom şiddeti anlamlı düzeyde yüksek saptandı.
2. İçgörüsü az olan OKB hastaları ile içgörüsü iyi olan OKB hastaları; OKB başlangıç yaşı ve hastalık süresi açısından karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.
3. İçgörüsü az olan OKB hastaları ile içgörüsü iyi olan OKB hastaları; obsesif ve kompulsif semptomların görülme oranları açısından karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.
4. İçgörüsü az olan OKB hastalarının birinci derece akrabalarında gerek OKB, gerekse OKB dışı ruhsal hastalıkların görülme oranları açısından, içgörüsü iyi olan OKB hastaları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.
5. İçgörüsü az olan OKB hastalarında, hastalığa eşlik eden depresif semptomların şiddeti ve hastalığa eşlik eden anksiyete semptomlarının şiddeti, içgörüsü iyi olan OKB hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı.
6. OKB'u olan hastalarda içgörü düzeyi, ailelerin ifade ettiği ve hastanın algıladığı duygu dışavurum düzeyleri ile ilişkili bulundu. İçgörüsü az olan OKB hastalarında hasta tarafından ifade edilen DD düzeyi belirteçlerinden “duygusal tepki” ve “hoşgörü/beklentiler”le ilgili DD yüksekliği, içgörüsü iyi olan OKB hastalarına göre anlamlı düzeyde yüksekti. Bağıntı analizi sonuçlarına göre; içgörü düzeyi azaldıkça hastalık süresinin, obsesif, kompulsif ve toplam semptom şiddetinin, hastalığa eşlik eden depresyon ve anksiyete semptomlarının şiddetinin, hasta ve hasta yakını tarafından ifade edilen duygu dışavurumun, özellikle “duygusal tepki” ve “hoşgörü/beklentiler” le ilgili duygu dışavurumun düzeyinin arttığı saptandı. “Hastalık süresi” ve “toplam obsesif kompulsif semptom şiddeti” OKB hastasında içgörü düzeyini öngördüğü belirlendi.

KAYNAKLAR

1. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. İç: Anksiyete Bozuklukları. Ed. R. Tükel. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara; 2006. s:277-298
2. World Health Organization. The “newly defined” burden of mental problems. 1999. Geneva, WHO.
3. Turksoy N, Tükel R, Ozdemir O, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*. 2002; 16:413-423
4. Carmin C, Wiegartz P.S Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar Klinik El Kitabı, Bölüm 8 (Editörler: Jonathan S. Abramowitz, Dean McKay, Steven Taylor)(Çeviren: Prof. Dr. Yıldırım B. Doğan) Okuyan Us Yayın, 1. Baskı, İstanbul. 2008. s. 122-137
5. Catapano F. Insight and resistance in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychopathology*. 2001; 34:62-68.
6. Matsunaga H, Kriike N, Matsui T et. al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comprehensive Psychiatry*. 2002; 43(2):150-157.
7. Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC et al. Clinical characteristics and treatment in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2004; 19:202-208.
8. Marazziti D, Dell’Osso L, Di Nasso E et al. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European Psychiatry*. 2002; 17:407-410.
9. Insel TR & Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenological analysis. *Am J Psychiatry*. 1986; 143:1527-1533

10. Berardis D, Campanella D, Serroni N et al. Insight and perceived expressed emotion among adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatric Practice*. 2008; 14(3):154-159.
11. Alonso P, Menchon JM, Segalas C et al. Clinical implications of insight assesment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2008; 49: 305-312
12. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: A three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology& Biological Psychiatry*. 2010; 34: 323-330.
13. Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight:A regression model. *Psychiatry Research*. 2005; 136: 223-231.
14. Lochner C. Cluster analysis of obsessive compulsive spectrum disorders in patients with obsessive compulsive disorder: Clinical and genetic corralates. *Comprehensive Psychiatry*. 2005; 46: 14-19.
15. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T. A comporative study of clinical features between pure checkers and pure washers categorized using a lifetime symptom rating method. *Psychiatry Research*. 2001; 105:221-229
16. Lewin AB, Bergman RL, Peris TS et al. Corralates of insight among youth with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010; 51(5): 603-611.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV-TR*. Washington DC. 2000. (Türkçe'ye çeviri: *Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı-4. Baskı, Metin gözden geçirmesi, Çeviri Editörü: E Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2000.*

18. Öztürk O, Uluşahin A. Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar, Saplantı-Zorlantı Bozukluğu. İç:Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı. Bölüm XX. Tuna Matbaacılık, Ankara. 2008. s.480-496.
19. Babaoğlu A. Psikiyatri Tarihi. (Ortaçağ) 2. Baskı. İstanbul: Okuyan Us Yayıncılık; 2002. s.59-70
20. Işık U, Şener Ş. Obsesif Kompulsif Bozukluk (Bölüm 24). İç: Aysev AS, Taner YI(editörler) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print; 2007. s.507-519
21. Özgüven HD. Sınıflandırma Sistemleri (Bölüm 11). İç: Aysev AS, Taner YI(editörler) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print; 2007. s:139-149
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, DSM-III. Washington DC. 1980.
23. Tezcan EA, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 1998; 1: 35-41
24. Calvocoressi L, Lewis B, Haris M ve ark. Family accommodation in obsessive compulsive disorder. Am J Psychiatry. 1995; 152: 441-446
25. Hollander E, Stein DJ, Kwon JH ve ark. Psychosocial function and economic costs of obsessive compulsive disorder CNS Spectr. 1998; 3(Suppl. 1):48-58
26. Flament MF, Whitaker A, Rappaport JL ve ark. Obsessive compulsive disorder in adolescence : an epidemiological study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1988; 27:764-771
27. Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1990; 51(Feb suppl):10-13

28. Merikangas KR. Anxiety Disorders: Epidemiology. (In:Comprehensive Textbook of Psychiatry) VIII. Ed, BJ Sadock, VA Sadock. Lippincott/ Williams&Wilkins, Philadelphia. 2005.
29. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. 1. Baskı. Ankara. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 1997.
30. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark. Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi. 1. Baskı, Sivas. Dilek Matbaası; 1995. syf: 50-52
31. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ ve ark. Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM-III-R ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. 3P Dergisi. 1997; 5:253-265
32. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R ve ark. 12 month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. Compr Psychiatry. 2004; 45:367-374
33. Shapiro SS, Kessler LG, Kinner EA et al. Utilization of health and mental health services. Arch Gen Psychiatry. 1984; 41:971-978.
34. Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşkın R ve ark. The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry. 2004; 45:99-108
35. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America. 1992; 15:743-758
36. Lensi P, Cassano GB, Correddu RS ve ark. Obsessive-compulsive disorder Familial-development history, symptomatology, comorbidity, and course with special reference to gender-related differences. Br J Psychiatry. 1996; 169: 101-107
37. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, 2. Cilt, Bölüm 14: Anksiyete Bozuklukları (Çeviri Editörleri: Hamdullah Aydın, Ali Bozkurt) Güneş Kitabevi, İstanbul; 2007. syf.1718-1788.

38. Leonard HL, Leane MC, Swedo SE ve ark. Tics and Tourette's disorder: a 2 to 7 follow-up 54 obsessive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 50: 429-439
39. Vural P, Taneli S, Taneli Y. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerde ailesel özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2002; 9:172-177
40. Riddle MA, Scahill L, King R ve ark. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29:766-772
41. Hollander E, Fay M, Cohen B ve ark. Serotonergic and noradrenergic sensitivity in obsessive compulsive disorder: Behavioral findings. *Archives of General Psychiatry*. 1988; 45:1015-1023
42. Siever LJ, Insel TR, Jimerson DC ve ark. Growth Hormone response to clonidine in obsessive-compulsive patients. *Br J Psychiatry*. 1983; 142: 184-187
43. Goodman WK, Mc Dougle CJ, Price LH ve ark. Beyond the serotonin hypothesis: A role for dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder? *J Clinical Psychiatry*. 1990; 51 (suppl. 8): 36-43
44. Van der Wee NJ, Stevens H, Hardeman JA ve ark. Enhanced dopamine transporter density in psychotropic-naive patients with obsessive – compulsive disorder shown by 123-I CIT SPECT. *Am J Psychiatry*. 2004; 161: 2201-2206
45. Morer A, Vinas O, Lazaro L ve ark. Subtyping obsessive-compulsive disorder: Clinical and immunological findings in child and adult onset. *J Psychiatr Res*. 2006; 40: 207-213
46. Otto MW. Normal ve abnormal information processing. A neuropsychological perspective on obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992; 15(4): 825-831

47. Behar D, Rapoport JL, Berg JL ve ark. Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1984; 141: 363-369
48. Smith EA, Russell A, Lorch E ve ark. Increased medial thalamic choline found in pediatric patients with obsessive-compulsive disorder versus major depression or healthy control subjects: A magnetic resonance spectroscopy study. *Biol Psychiatry*. 2003; 54:1399-1405
49. Fitzgerald KD, Moore GJ, Pauson LA ve ark. Proton spectroscopic imaging of the thalamus in treatment-naïve obsessive compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2000; 47:174-182
50. Szesko PR, Mc Millian S, Mc Meniman M ve ark. Brain structural abnormalities in psychotropic drug-naïve pediatric patients with obsessive compulsive disorder *Am J Psychiatry*. 2004; 161: 1049-1056
51. Swedo SE, Leonard HL, Schapiro MB ve ark. Sydenham's chorea: physical and psychological symptoms of St. Vitus dance *Pediatrics*. 1993; 91: 706-713
52. Cummings JL, Cunningham K. Obsessive compulsive disorder in Huntington disease. *Biol Psychiatry*. 1992; 31: 263-270
53. Singer HS, Rosenberg LA. The development of behavioral and emotional problems in Tourette's syndrome. *Pediatr Neurol*. 1989; 5: 41-44
54. Sungur MZ. Obsesif kompulsif bozukluğun anlaşılması ve tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımlar İç:Anksiyete Bozukluklarında Son Gelişmeler(ed. Dilbaz N.) Pozitif Matbaacılık, Ankara. 2006. syf:107-122
55. Salkovskis PM. Psychological treatment for obsessive compulsive disorder. *Psychiatry*. 2004; 3:68-72
56. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health

- Organization, Geneva. (1992) (Türkçe'ye çeviri: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik tanımlamalar ve tanı klavuzları. Yayın yöneticileri: M.O. Öztürk, B. Uluğ. Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara. 1992.
57. Leckman JF ve ark. Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of the Diagnostic Criteria and Possible Subtypes and Dimensional Specifiers for DSM-V. *Depression & Anxiety*. 2010; 27:507-527
58. Karamustafaloğlu O, Akpınar A. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, Psikiyatri*. 2006; 2(12): 30-44
59. Karamustafaloğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Savaş Ofset, Bursa; 1993. syf:86.
60. Tek C, Uluğ B, Rezaki BG ve ark. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: Reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 91: 410-413
61. Foa EB., Kozak MJ. DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152,: 90-96.
62. Crino RD, Andrews G. Obsessive compulsive disorder and Axis I comorbidity. *J Anxiety Disorders*. 1996; 10: 37-46
63. Tükel R. Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları. *3P Dergisi*. 1997; 5(1): 5-12.
64. Hollander E. Obsessive Compulsive Spectrum Disorders: An Overview. *Psychiatric Annals*. 1993; 23(7): 355-358
65. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56: 121-127

66. Steketee G, Eisen J, Dyck I ve ark. Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 1999; 89:229-238
67. Chambless DL, Floyd FJ, Rodebaugh TL, Steketee GS. Expressed emotion and familial interaction: A study with agoraphobic and obsessive-compulsive patients and their relatives. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007; 116 (4): 754-761
68. Markova IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and obsessive-compulsive disorder: A conceptual analysis. *Psychopathology*. 2009; 42: 277-282.
69. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington DC. (1994) (Türkçe'ye çeviri: Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı-4. Baskı, Çeviri Editörü: E Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 1995.
70. Storch EA, Milsom VA, Merlo LJ et al. Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical presentation. *Psychiatry Research*. 2008; 60:212-220.
71. Tümkaya S, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK ve ark. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: A neuropsychological comparison. *Psychiatry Research*. 2009; 165: 38-46
72. Koza MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1994; 32: 343-353.
73. Neziroğlu F, Mc Kay D, Yaryura-Tobias JA ve ark. The overvalued ideas scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1999; 37: 881-902
74. Goodman,W.K., Price,L.H., Rasmussen,S.A., Mazure,C., Fleischmann,R.L., Hill,C.L (1989). The Yale-Bown obsessive compulsive scale: Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46: 1006-1011

75. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK et al. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 90-96.
76. Eisen JL, Phillips KA., Baer L, Beer DA., Atala KD., Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155:102-108.
77. Bland R. Understanding family variables in outcome research in schizophrenia. *Australian and New Zealand J. Psychiatry*. 1989; 23: 396-402
78. Brown GW., Monck EM., Carstairs GM., Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British J. Preventive Soc. Med*. 1962;16:55-68
79. Berksun O. Dışavurulan Duygulanım Ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1993; 29:10-15
80. Teresa L, Simoneau DJ: Milkowitz and Rakshhanda Saleem. Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *Journal of Abnormal Psychiatry*. 1998; 107(3): 497-507.
81. Berksun OE. Şizofrenide aile faktörü: expressed emotion (EE) ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi . Ankara Üniversitesi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi.1982.
82. Kocabıyık A, Özer D, Girgin V ve ark. Bipolar bozuklukta duygudoşavurumu ile ailelerin sosyodemografik verileri arasındaki ilişki. *Düşünen Adam*. 2002;15:77-84.
83. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1992; 160:601-620.
84. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C ve ark. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygudoşavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001; 2(1): 5-14

85. Chambless DL, Bryan AD, Aiken LS, Steketee G, Hooley JM. Predicting expressed emotion: A study with families of obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J Family Psychology*. 2001; 15: 225-240.
86. Renshaw K, Chamless D, Steketee G. The relationship of relatives attributions to their expressed emotion and patient's improvement in treatment for anxiety disorders. *Behavior Therapy*. 2006; 37: 159-169
87. Hooley JM, Gotlib IH. A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*. 2000; 9:135-151.
88. Hibbs ED, Hamburger SD. Determinants of expressed emotions in families of disturbed and normal children. *J Psychol Psychiatry*. 1991; 32: 757-770.
89. Chambless DL ve Steketee G. Expressed Emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J Consult Clin Psychology*. 1999; 67:658-665
90. First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV) American Psychiatric Pres, Washington D.C. 1997.
91. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999; 12: 233-236
92. Hamilton M. A rating scale for depression. *J. Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1960; 23:56-62
93. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1978; 45:742-747
94. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. ve ark. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi* 1996;4: 251-259

95. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br. J Med Psychol.* 1959; 32: 50-55
96. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1998; 9:114-117
97. Neziroğlu F, Pinto A, Yaryura Tobias JA, McKay D. Overvalued ideation as a predictor of Fluvoksamine response in patients with obsessive-compulsive disorder. 2004; 125(1): 53-60
98. Cole JD., Kazarian SS. The level of Expressed Emotion Scale: A new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology.* 1988; 44(3): 392-397
99. Dağ I. Türkiye’de kullanılan psikolojik ölçekler 1: Dışa Vurulan Duyguların Düzeyi Ölçeği. *3 P Dergisi.* 1993; 1(2): 29-30.
100. Eisen JL. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 2001; 42:494-497.
101. Rosario-Compos M, Miquel EC, Quatrano S et al. The Dimensional Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry.* 2006; 11:495-50
102. Foa EB, Abramowitz JS, Franklin ME, Kozak MJ. Feared consequences, fixity of belief and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy.* 1999; 30:717-724
103. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: Methodological study. *Human Relations.* 1966; 19:241-263.
104. Fredman S, Chambless D ve Steketee G. Development and validation og an observational coding system for emotional overinvolvement (EOI) *Journal of Family Psychology.* 2004; 18:339-347

105. Noppen BV, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47: 18-25
106. Steketee G, Von Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003; 25(1): 43-50.
107. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55: 547-552.
108. Barrowchugh C ve Hooley J. Attributions and expressed emotion: a review. *Clinical Psychology Review*. 2003; 23: 849-880
109. Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive compulsive disorder patients. *Journal Anxiety Disorder*. 2000; 14:209-217.

EKLER

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU

Ad-Soyad :

Yaş :

Cinsiyet : 1. Erkek 2. Kadın

Eğitim Süresi :

Medeni Durum : 1. Bekar 2. Evli
3. Boşanmış/Dulİş Durumu : 1. Öğrenci 2. Ev hanımı
3. Düzenli bir işi var 4. Düzensiz çalıştığı bir işi var
5. İşsiz 6. Emekli

Hastalığın Başlama Yaşı :

Hastalık Süresi :

Kullandığı İlaç :

Hospitalizasyon sayısı:

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü : 1. Yok 2. Varsa belirtiniz.....

EK-2 YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSIYON ÖLÇEĞİ (Y-BOKÖ)

TOPLAM PUAN (Madde 1-10 toplamı)

	Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri
1. Obsesif Düşüncelerle Geçen Zaman	0	1	2	3	4
1b. Obsesyonsuz Geçen Dönem	Semptom	Uzun	Ortalama	Kısa	Çok Kısa
<i>(Toplam ve alt toplamlara eklemeyiniz)</i>	Yok	Uzun	Uzun	Kısa	Çok Kısa
	0	1	2	3	4
2. Obsesif Düşüncelerin Yaşamı Etkilemesi	0	1	2	3	4
3. Obsesif düşüncelerle birlikte olan rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
4. Obsesif Düşüncelere Direnç Gösterme	Sürekli Direnme	Uzun	Ortalama	Kısa	Çok Kısa Tam Teslimiyet
	0	1	2	3	4
5. Obsesif Düşünceler Üzerindeki Kontrolün Derecesi	Tam Kontrol	Yeterli kontrol	Orta kontrol	Az Kontrol	Kontrol Yok
	0	1	2	3	4
OBSESYONLARIN ALT TOPLAMI (Madde 1-5 toplamı)					
	Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri
6. Kompulsif Davranışlar İçin Harcanan Zaman	0	1	2	3	4
6b. Kompulsiyonsuz Geçen Zaman	Semptom	Uzun	Ortalama	Kısa	Çok Kısa
<i>(Toplam ve alt toplamlara eklemeyiniz.)</i>	Yok	Uzun	Uzun	Kısa	Çok Kısa
	0	1	2	3	4
7. Kompulsif Davranışların Yaşamı Etkilemesi	0	1	2	3	4

8. Kompulsif davranışlarla birlikte olan rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
	Sürekli				Tam Teslimiyet
9. Kompulsif Hareketlere Direnç Gösterme	Direnme				
	0	1	2	3	4
10. Kompulsif Davranışlar Üzerindeki Kontrolün Derecesi	Tam Kontrol	Yeterli kontrol	Orta kontrol	Az Kontrol	Kontrol Yok
	0	1	2	3	4
KOMPULSİYONLARIN ALT TOPLAMI (Madde 1-5 toplamı)					

Y-BOKÖ BELİRTİ KONTROL LİSTESİ

Şimdi	Geçmişte	SALDIRGANLIK OBSESYONLARI	Şimdi	Geçmişte	DIĞER OBSESYONLAR
_____	_____	Kendine zarar vereceğinden korkma	_____	_____	Bilme veya hatırlama ihtiyacı
_____	_____	Başkalarına zarar vereceğinden korkma	_____	_____	Belirli şeyleri söyleme korkusu
_____	_____	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler	_____	_____	Doğru şeyi söyleme korkusu
_____	_____	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu	_____	_____	Birşeyler kaybetme korkusu
_____	_____	Utanılacak bir şey yapmaktan korkma*	_____	_____	İstenmeyen (<i>dehşet içermeyen</i>) görüntüler
_____	_____	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma	_____	_____	Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
_____	_____	(<i>örn. arkadaşını yaralama</i>)	_____	_____	Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
_____	_____	Çalacağından korkma	_____	_____	Uğurlu veya uğursuz sayılar
_____	_____	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme	_____	_____	Özel anlamı olan renkler
_____	_____	korkusu (<i>örn. çarpma/kaçma motorlu araç kazası</i>)	_____	_____	Batıl itikatlar
_____	_____	Vücut atık veya salgılarından (<i>örn. idrar, dışkı, tükürük</i>) kaygılanmak veya iğrenmek	_____	_____	SOMATİK OBSESYONLAR
_____	_____	Kir veya mikroplardan kaygılanmak	_____	_____	Hastalık ile ilgili
					Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili
					Diğer

EK-3 HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HDDÖ)			
Hastanın Adı :	Hasta No :		
Doktorun Adı :	Doğum Tarihi :		
Her maddede, hastayı en iyi tanımlayan cevabı belirleyen numarayı seçin.	I	2	3
1. DEPRESİF RUH HALİ (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik) 0 = Yok 1 = Bu duygularını ancak sorduğunda gösteriyor 2 = Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor 3 = Bu duygularını sözleriyle değil, yüz ifadesi, duruşu, sesi ve ağlama eğilimi ile gösteriyor 4 = Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor			
2. SUÇLULUK DUYGUSU 0 = Yok 1 = Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü sanıyor 2 = Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor 3 = O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor ve suçluluk delüzyonları gösteriyor 4 = Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor			
3. İNTİHAR 0 = Yok 1 = Hayatı yaşamaya değer bulmuyor 2 = Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor 3 = İntiharını düşünüyor yada bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor 4 = İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puan)			
4. UYKUYA DALAMAMAK 0 = Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor 1 = Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor 2 = Her gece uyuma güçlüğü çekiyor			
5. GECEYARISI UYANMAK 0 = Herhangi bir sorunu yok 1 = Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan yakınıyor 2 = Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir. (Herhangi bir neden olmaksızın)			
6. SABAH ERKEN UYANMAK 0 = Herhangi bir sorunu yok 1 = Sabah erkenden uyanıyor fakat tekrar uykuya d alıyor 2 = Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor			
7. İŞ VE AKTİVİTELER 0 = Herhangi bir sorunu yok 1 = Aktiviteleriyle, işiyle yada boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor 2 = Aktivite, hobi veya işe duyulan ilginin kaybolması; 3 = Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma.. 4 = Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış.			
8. RETARDASYON (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma) 0 = Normal konuşma ve düşünce 1 = Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor 2 = Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor 3 = Görüşme yapmakta güçlük çekiyor 4 = Tam stupor			

	1	2	3
9. AJİTASYON 0 = Yok 1 = Yerinde duramama 2 = Eller, saçlar vb. ile oynama 3 = Ayakta dolaşma, sakin oturamama 4 = ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme			
10. PSİŞİK ANKSİYETE 0 = Güçlük yok 1 = Subjektif gerilim ve iritabilite 2 = Küçük şeylerden kaygı duyma 3 = Yüzünden ve konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor 4 = Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor			
11. SOMATİK ANKSİYETE 0 = Yok 1 = Hafif 2 = Orta 3 = Şiddetli 4 = Çok şiddetli Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler; Gastrointestinal : Ağız kuruluğu, gaz çıkarma, sindirim bozukluğu, kramp Kardiyovasküler : Palpitasyon, baş ağrısı Solunumla İlgili : Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme			
12. SOMATİK SEMPTOMLAR-Gastrointestinal 0 = Yok 1 = İştahsız, ama hastane personelinin ısrarıyla yiyor. 2 = Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor.			
13. SOMATİK SEMPTOMLAR-Genel 0 = Yok 1 = Ekstremitelerinde, sırtında yada başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda ağrı. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi. 2 = Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.			
14. GENİTAL SEMPTOMLAR (libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi semptomlar) 0 = Yok 1 = Hafif 2 = Şiddetli			
15. HİPOKONDRIASİS 0 = Yok 1 = Evhamlılık 2 = Sağlıkla ilgili evhamlar 3 = Sık sık yakınmalar, yardım isteği vb. 4 = Hipokondriak delüzyonlar			
16. ZAYIFLAMA (A yada B' yi işaretleyiniz) A. Anamneze göre değerlendirirken: 0 = Kilo kaybı yok 1 = Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı 2 = Kesin (hastaya göre) kilo kaybı B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollerde 0 = Haftada 0,5 kg' dan daha az kilo kaybı 1 = Haftada 0,5 kg' dan daha fazla kilo kaybı 2 = Haftada 1 kg' dan daha fazla kilo kaybı			
17. DURUMU HAKKINDA GÖRÜŞÜ 0 = Hasta ve depresyonda olduğunun farkında 1 = Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahatata ihtiyacı olduğuna bağlıyor 2 = Hasta olduğunu kabul etmiyor			
Bütün maddelerin tamamen cevaplandırıldığını kontrol ediniz. Toplam Puan : Düşünceler :			

EK-4

HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HADÖ)

	0	1	2	3	4
0 Yok					
1 Hafif (düzensiz aralarla ortaya çıkıyor ve kısa sürüyor)					
2 Orta (çok daha devamlı olarak ortaya çıkıyor ve daha uzun sürüyor)					
3 Şiddetli (düzensiz aralarla ortaya çıkıyor ve kısa sürüyor)					
4 Çok şiddetli (hastanın hayatını önemli derecede zorlaştıran-bozan düzeyde)					
1. ANKSİYÖZMİZAC : Kaygılar, kötü bir şey olacak beklentisi. Korkulu bekleyiş, irritabilite.					
2. GERGİNLİK : Gerginlik hissi, çabuk yorulma, irkilme, kolayca ağlama, titreme, huzursuzluk, gevşeyememe.					
3. KORKULAR : Karanlıktan, yabancılardan, yalnızlıktan, hayvanlardan, trafikten, kalabalıktan korkma.					
4. UYKUSUZLUK : Uykuya dalmada güçlük, uykunun bölünmesi, uykunun doyurucu olmaması, yorgun uyanma, kabuslar, rüyalar, gece teroru.					
5. İNTELLEKTÜEL (Kognitif) : Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflığı.					
6. DEPRESE MİZAC : İlgi kaybı, hobilere zevk alamama, depresyon, erken uyanma, günlük değişimler.					
7. SOMATİK (muskuller) : Ağrı ve acılar, çekilme, seyirme, tutulma, katılık, myoklonik çekilmeler, dış gıcırdatma, ses titremesi, artmış kas gerginliği. (hissi) : kulak çınlaması, görmede bulanıklık, sıcak soğuk basmaları, güçsüzlük hissi, karıncalanma, batma hissi.					
8. KARDİOVASKÜLER BELİRTİLER : Taşikardi, çarpıntılar, göğüs ağrısı, damarlarda atma, zonklama, baygınlık hissi.					
9. RESPIRATUVAR BELİRTİLER : Göğüste basınç veya gerilme, boğulma hissi, iç çekme, soluk darlığı.					
10. MİDE-BARSAK BELİRTİLERİ : Yutma güçlüğü, gaz, karın ağrısı, yanma, karında şişkinlik hissi, bulantı, kusma, gürültü, barsaklarda hareketlilik, kilo kaybı, kabızlık					
11. GEMİTOURİNER BELİRTİLER : Sık işeme, adetten kesilme, fazla miktarda kanama, cinsel soğukluk, erken boşalma, cinsel isteksizlik, cinsel güçsüzlük gelişmesi.					
12. OTONOMİK BELİRTİLER : Ağız kuruluğu, flasing, solgunluk, terlemeye eğilim, baş dönmesi, sersemlik, gerilim, baş ağrıları, tüylerin diken diken olması.					
13. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞLAR : Yerde duramama, huzursuzluk, gezinme, ellerde titreme, çatık kaş, gergin yüz ifadesi, iç çekme, hızlı soluma, solgun yüz, yutkunma, geğirme, tendon çekilmeleri, genişlemiş gözbebeği, gözlerin yuvasından fırlamış gibi olması.					
TOPLAM :					
RUHSAL :					
BEDENSEL :					

EK-5

AŞIRI DEĞER VERİLMİŞ DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ (ADDÖ)

Hastanın bugün de dahil olmak üzere geçen hafta içinde var olduğunu ifade ettiği obsesyon ve/veya kompulsiyonları için aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Hastada geçen hafta mevcut olan temel inancı belirtiniz. Bu, puanlamacı tarafından yapılan değerlendirmeye göre, hastada en yoğun sıkıntı ya da sosyal ve mesleki işlevsellikte en ciddi bozulmaya yol açmış olan bir inanç olmalıdır (örn; hastaneyi ziyaret ettikten sonra uygun biçimde yıkanmazsam AIDS olurum; evden çıkarken sobayı kontrol etmezsem evim yanabilir; topladıklarımı atarsam önemli bilgileri kaybedebilirim; çekici değilim; burnum şekilsiz; benim kompleksim sivilcelerimdir, vb.). Puanlar hastanın inançlarını yansıtmalıdır (örn; hasta inancını ne kadar mantıklı buluyor; korkulan sonuçları önlemede kompulsiyonlar ne kadar etkili, vb.). **Yalnız obsesif kompulsif bozuklukla ilgili olan inancı belirtiniz. Bütün maddeleri hastanın inancını değerlendirmenize göre puanlayınız. İnanç, şiddeti, mantıklı olup olmadığı gibi çeşitli yönlerini değerlendirmek için her kategorinin altında yer alan üç sorudan yararlanabilirsiniz.**

Aşağıda, temel inancı belirtiniz:

Hastayı her bir madde için puanlarken, hastanın özgül inancını gözönüne alın. Örn; hastaneye giderseniz, AIDS olacağımıza dair inancınız ne kadar güçlü?

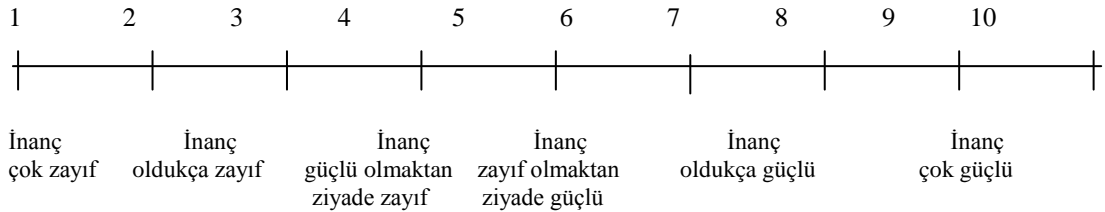
1) İNANCIN ŞİDDETİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Bu inancın doğru olduğuna ne kadar kuvvetle inanıyorsunuz?

Bu inancın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?

İnancınız siz ya da başka birisi tarafından sarsılabilir mi?



(Çok zayıftan çok güçlüye doğru giden derecelendirme, inancın doğru olma olasılığına işaret etmektedir. Örn., çok zayıf düşük bir olasılığa; çok güçlü yüksek bir olasılığa karşılık gelir.)

Puanlama maddesi 1: _____

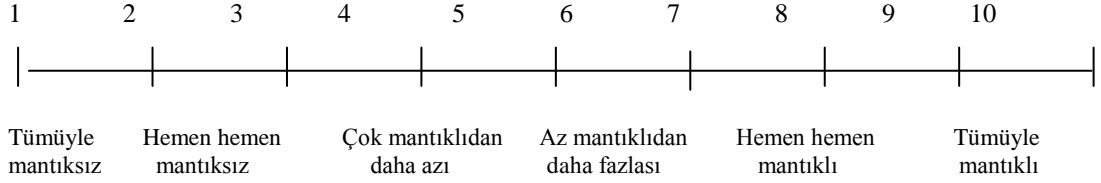
2) İNANCIN AKLA UYGUNLUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar akla uygun?

İnancınız doğrulanabilir ya da makul görülebilir mi?

İnancınız mantıklı ya da akla uygun görünüyor mu?



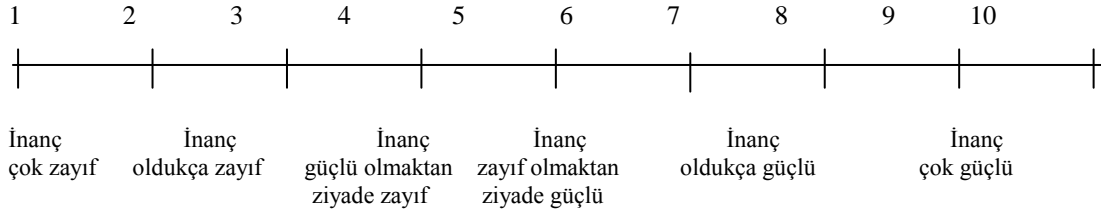
Puanlama maddesi 2: _____

3) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN DÜŞÜK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en düşük puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar zayıfladı?

Geçen hafta bir an için bile olsa, bu inancın doğru olup olmadığı konusunda kuşku duyduğunuz zamanlar oldu mu? Eğer öyleyse, bu konuda biraz daha fazla konuşun.



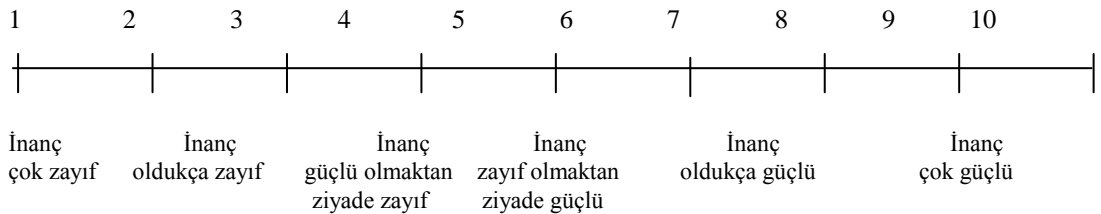
Puanlama maddesi 3: _____

4) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN YÜKSEK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en yüksek puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar kuvvetlendi?

Geçen hafta inancınızdan ne kadar emindiniz?



Puanlama maddesi 4: _____

5) İNANCIN DOĞRULUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar kesin?

İnancınız ne kadar doğru?

İnancınız ne oranda yanlış?



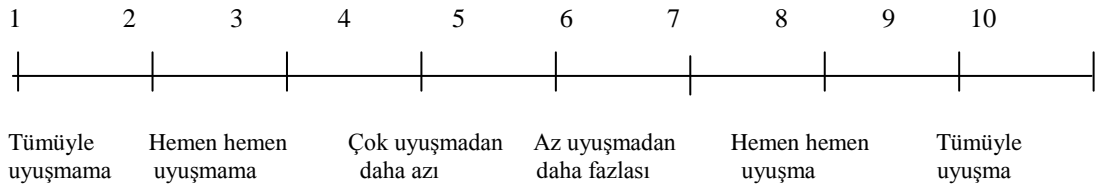
Puanlama maddesi 5: _____

6) İNANCIN BAŞKALARI TARAFINDAN PAYLAŞILMASININ BOYUTU

Toplumdaki diğer insanların sizinle aynı inanca sahip olmaları ne kadar mümkündür?

Başkaları inancınıza ne oranda katılmaktalar?

Başkaları inancınızı ne boyutta paylaşıyorlar?



Puanlama maddesi 6: _____

7) BAŞKALARININ BENZER YA DA FARKLI BİR İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkaları sizinle aynı inancı paylaşıyor mu? Evet _____ Hayır _____

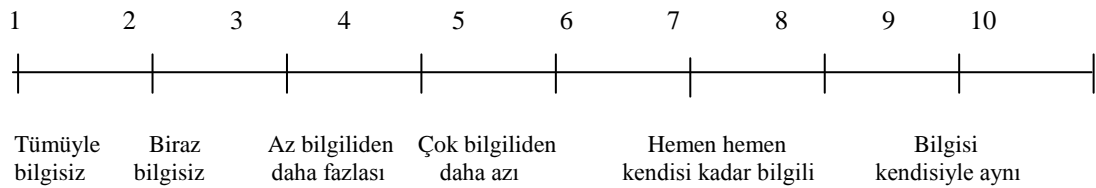
Hasta evet yanıtı vermişse 7a'ya, hayır yanıtı vermişse 7b'ye geçiniz.

7a) BAŞKALARININ AYNI İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkalarının inancınıza katıldığını düşündüğünüze göre, bu kişilerin inancınız hakkında sizin kadar bilgili olduğunu düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz?

Başkalarının bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna inanıyor musunuz?



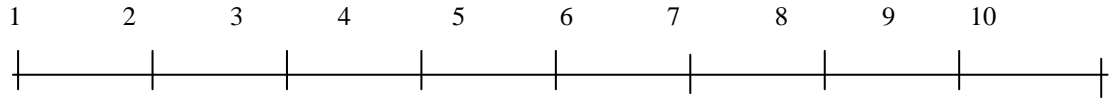
Puanlama maddesi 7a: _____

7b) BAŞKALARININ FARKLI İNANÇLARININ OLMASI

Başkalarının size katılmadıklarını düşündüğünüze göre, bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduklarını düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz ?

Başkalarının bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna inanıyor musunuz?



Bilgisi kendisiyle aynı Hemen hemen kendisi kadar bilgili Çok bilgiliden daha azı Az bilgiliden daha fazlası Biraz bilgisiz Tümüyle bilgisiz

Puanlama maddesi 7b: _____

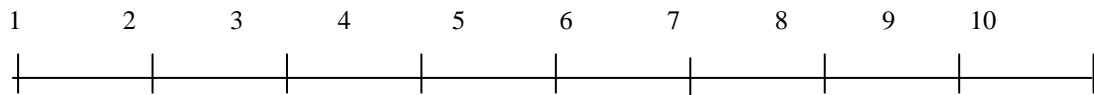
8) KOMPULSİYONLARIN ETKİLİLİĞİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Anksiyete dışındaki olumsuz sonuçları önlemede kompulsiyonlar/törenselle davranışlar ne kadar etkili?

Korkulan sonucu durdurmada kompulsiyonlarınızın herhangi bir etkisi var mı?

Kompulsiyonlarınızın olumsuz sonuçları önlemeye yardımcı olabilmesi mümkün mü?



Tümüyle etkisiz Hemen hemen etkisiz Çok etkiden daha azı Az etkiden daha fazlası Hemen hemen etkili Tümüyle etkili

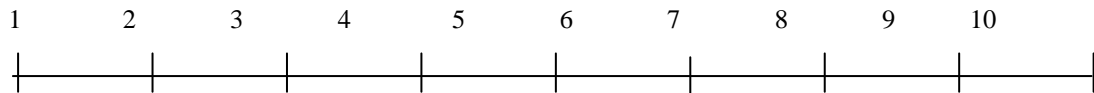
Puanlama maddesi 8: _____

9) İÇGÖRÜ

Hastalığınızın bu inanca sahip olmanıza neden olduğunu ne oranda düşünüyorsunuz?

İnançlarınızın psikolojik ya da psikiyatrik nedenlere bağlı olma olasılığı ne kadardır?

İnancınızın bir hastalığa bağlı olduğunu düşünüyor musunuz?



Tümüyle olası Biraz olası Tersine göre daha fazla olası Tersine göre daha az olası Biraz olası değil Tümüyle olası değil

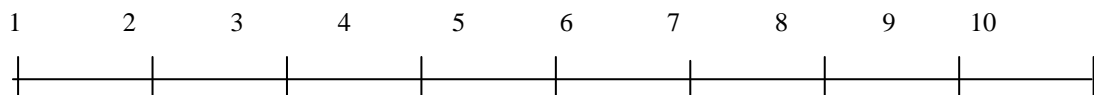
Puanlama maddesi 9: _____

10) DİRENCİN GÜCÜ

İnancınızı aklınızdan atmak için ne kadar enerji harcıyorsunuz?

İnancınızı değiştirmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

İnancınıza direnmeye kalkışıyor musunuz?



Tümüyle direnme Epey direnme Az direnmenin daha fazlası Çok direnmenin daha azı Az direnme Hiç direnme

Puanlama maddesi 10: _____

EK-6

DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEĞİ (DDÖ)

Adınız Soyadınız:

Yaşınız:

Eğitim Düzeyiniz:

Mesleğiniz:

Hastanızın Adı Soyadı:

Hastanızın Yaşı:

Hastanızın Eğitim Düzeyi:

Hastanızın Mesleği:

Yakınlık Dereceniz:

AÇIKLAMA: *Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumların size uygun olup olmadığını belirtmek üzere doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.*

- (D) (Y) 1.Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyorum ve öfkeleniyorum. (1)
 (D) (Y) 2.Onun hasta olduğuna inanmıyorum. (1)
 (D) (Y) 3.Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.
 (D) (Y) 4.Benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemli. (1)
 (D) (Y) 5.Onunla ilgili her şeyi, kendine ait özel meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışıyorum. (1)
 (D) (Y) 6.Onun varlığı beni deli ediyor. (1)
 (D) (Y) 7.Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye. (1)
 (D) (Y) 8.Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.
 (D) (Y) 9.Ona sık sık öğüt veriyorum. (1)
 (D) (Y) 10.Onunla uyuşamıyoruz. (1)
 (D) (Y) 11.Bıraktım artık ne hali varsa görsün. (1)
 (D) (Y) 12.Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum. (1)
 (D) (Y) 13.Ona kırılıyor, güceniyorum. (1)
 (D) (Y) 14.Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.
 (D) (Y) 15.Onun üstüne titrerim. (1)
 (D) (Y) 16.Onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum, ilgim sürekli onun üstünde oluyor. (1)
 (D) (Y) 17.O benim hayatımı yaşamama engel oluyor. (1)
 (D) (Y) 18.O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum. (1)
 (D) (Y) 19.Onun yaptığı işleri beğenmiyorum. (1)
 (D) (Y) 20.Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum. (1)
 (D) (Y) 21.Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum. (1)
 (D) (Y) 22.Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum. (1)
 (D) (Y) 23.Onun her şeyiyle ben ilgileniyorum. (1)
 (D) (Y) 24. "Ondan ah bir kurtulsam!" diye düşündüğüm oluyor. (1)
 (D) (Y) 25.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum. (1)
 (D)(1) (Y) 26.Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum.
 (D) (Y) 27.Hastaneye yatması beni perişan ediyor,ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum. (1)
 (D) (Y) 28.Biz birbirimize benziyoruz.
 (D) (Y) 29.Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum. (1)
 (D) (Y) 30.Onunla iyi anlaşıyorum.
 (D) (Y) 31.Aklım fikrim hep onda başka hiç bir şey düşünemiyorum. (1)
 (D) (Y) 32.Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum. (1)
 (D) (Y) 33.Ondan uzak kalmak istiyorum. (1)
 (D) (Y) 34.Başıma bir sürü dert açıyor. (1)
 (D) (Y) 35.O olmasa bütün işler yoluna girecek. (1)
 (D) (Y) 36.Bir zorlukla karşılaştığımda bu zorlukla başa çıkabiliyorum.
 (D) (Y) 37.Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor. (1)
 (D) (Y) 38.Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım.
 (D) (Y) 39.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya,sohbet etmeye çalışırım.
 (D) (Y) 40.Onun, hastalığımı abarttığını düşünüyorum. (1)
 (D) (Y) 41.Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.

EK-7

DUYGU DIŞAVURUM DÜZEYİ ÖLÇEĞİ (DDDÖ)

Adınız Soyadınız:
Yaşınız:
Eğitim Düzeyiniz:
Mesleğiniz:

Yakınınızın Adı Soyadı:
Yakınınızın Yaşı:
Yakınınızın Eğitim Düzeyi:
Yakınınızın Mesleği:
Yakınlık Derecesi:

AÇIKLAMA: *Aşağıda birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimlerde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.*

- (D) (Y1) 1.Bazen konuşmak istemezsem beni anlayışla karşılar ve zorlamaz.
 (D) (Y1) 2.Sinirlendiğimde o beni yatıştırır.
 (D1) (Y) 3.Benim kendime ait kontrolümü yitirdiğimi söyler.
 (D) (Y1) 4.Beklentilerini doyumadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır.
 (D) (Y1) 5.Ben konuşurken müdahale etmez.
 (D) (Y1) 6.Benim sınırlarımı bozamaz.
 (D1) (Y) 7. “İyi değilim.” dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler.
 (D1) (Y) 8.Beklentilerini doyumadığım için suçluluk duymama neden olur.
 (D) (Y1) 9.Bana karşı aşırı bir koruyucu-kollayıcılığı yoktur.
 (D1) (Y) 10.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar öfkelenir.
 (D) (Y1) 11.Hasta veya keyifsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır.
 (D) (Y1) 12.Benim olaylara bakış açımı anlayabilir.
 (D1) (Y) 13.Her zaman müdahalecidir.
 (D) (Y1) 14.Bir şeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz.
 (D) (Y1) 15.Kendimi iyi hissetmediğimde bana yardım aramam için cesaret verir.
 (D) (Y1) 16.Ona bir çok sorun yaşattığımı düşünmez.
 (D) (Y1) 17.Bir şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez.
 (D1) (Y) 18.İşler sarpa sarınca doğru dürüst düşünemez.
 (D1) (Y) 19.Keyifsiz-huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz.
 (D1) (Y) 20.Benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar.
 (D) (Y1) 21.Yanımdan ayrılmamak,sürekli benimle olmak gibi bir düşüncesi yoktur.
 (D1) (Y) 22.Yolunda gitmeyen işler için beni suçlar.
 (D) (Y1) 23.Benim bir insan olarak değerli olduğumu hissettirir.
 (D1) (Y) 24.Keyifsiz, huzursuz yada kafam karışık olduğunda bu duruma tahammül göstermez.
 (D1) (Y) 25.Beni çaresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır.
 (D1) (Y) 26.Kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez.
 (D1) (Y) 27.Sorunlarımı ondan öğ almak için yarattığımı söyler.
 (D) (Y1) 28.Benim özelliklerimi,özelliklerimin sınırlarını,neyi becerip beceremeyeceğimi bilir.
 (D1) (Y) 29.Ne yaptığımı bilmek için beni sürekli kontrol eder.
 (D) (Y1) 30.Zor durumlarda soğuk kanlılığını ve kendine hakimiyetini koruyabilir.
 (D) (Y1) 31.Hasta olduğunda benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır.
 (D) (Y1) 32.Benim neyi becerip neyi beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir.
 (D1) (Y) 33.Her zaman işlerime burnunu sokar.
 (D) (Y)1 34.Söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler.
 (D1) (Y) 35.Uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler.
 (D1) (Y) 36.İşler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir.
 (D1) (Y) 37.Hakkımda her şeyi mutlaka öğrenmek ister.

- (D) (Y1) 38.O yanımda olduğu zaman huzurlu ve rahat hissetmemi saçlar.
 (D1) (Y) 39.İyi olmadığımı söylediğimde beni abartmakla suçlar.
 (D) (Y1) 40.Bir şeyler yolunda gitmese bile bana karşı sabırlıdır.
 (D1) (Y) 41.Gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister.
 (D1) (Y) 42.Bana sebepsiz yere öfkelenir.
 (D1) (Y) 43.Hasta olduğum zaman ilgili biri olur.
 (D) (Y1) 44.Desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez.
 (D1) (Y) 45.Benim özel meselelerime karışır.
 (D) (Y1) 46.Zor, stres yaratan bir durumla kolayca başa çıkar.
 (D) (Y1) 47.Kendimi iyi hissetmiyorsam, durumu merak eder ve anlamak ister.
 (D) (Y1) 48.Bir hata yaparsam anlayışla karşılar.
 (D) (Y1) 49.Hayatıma burnunu sokmaz.
 (D1) (Y) 50.İyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur.
 (D) (Y1) 51.Kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz.
 (D1) (Y) 52.Benden çok fazla şey bekler.
 (D) (Y1) 53.Şahsıma ait çok özel konularda fazla soru sormaz.
 (D1) (Y) 54.İşler yolunda gitmediği zaman o işleri daha da kötüleştirir
 (D1) (Y) 55.Kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar.
 (D1) (Y) 56.Ben bir şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar çok öfkelenir.
 (D1) (Y) 57.Geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur.
 (D1) (Y) 58. İşler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur.
 (D) (Y1) 59.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar bana güven verir destek olur.
 (D1) (Y) 60.Kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler.