

**T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKLU HASTALARDA YEME
SEMPTOMLARI İLE YEME SEMPTOMLARINI YORDAYAN OBSESİF
KOMPULSİF BELİRTİLERİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. ZUHAL ABANOZ

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR. AHMET RIFAT ŞAHİN

SAMSUN 2008

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İçindekiler	I
Teşekkür	II
Kısaltmalar	III
Özet ve Anahtar Kelimeler	IV
Abstract and Keywords	VI
Tablo ve Grafik Listesi	VII
Giriş ve Amaç	1
Genel Bilgiler	
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2
Yeme Bozuklukları ve Yeme Bozukluklarının Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlişkisi	7
Yöntem ve Gereçler	15
Bulgular	20
Tartışma	36
Kaynaklar	44
Ekler	
Ek 1 (Sosyodemografik Bilgi Formu)	55
Ek 2 (Yeme Tutum Testi)	56
Ek 3 (Bulimia Araştırma Testi)	58
Ek 4 (Padua Envanteri)	60
Ek 5 (Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği ve Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi)	61
Ek 6 (Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği)	68

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini aktaran, desteğini esirgemeyen ve aynı zamanda tez danışmanım olan Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ahmet R Şahin başta olmak üzere değerli hocalarım Prof. Dr. Ali C Arık, Doç.Dr. Hatice Özyıldız Güz, Yrd.Doç.Dr. Ömer Böke, Yrd.Doç.Dr. Gökhan Sarısoy ve Yrd.Doç.Dr. Ozan Pazvantoğlu'na,

Rotasyon eğitimlerimiz sırasında eğitimimize katkılarından dolayı Prof.Dr. Musa K Onar, Prof.Dr. Kuddisi Cengiz, Yrd.Doç.Dr. Seher Akbaş ve Yrd.Doç.Dr. M. Z Koray Karabekiroğlu'na,

Tezimin istatistiksel değerlendirmesindeki desteklerinden dolayı Prof.Dr. Yüksel Bek ve Yrd.Doç.Dr.M. Çağatay Güven'e

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan, psikolog, hemşire ve personel arkadaşlarıma

Çalışmama katılarak emek veren tüm hastalarıma,

Varoluşumu, her şeyimi borçlu olduğum sevgili anne ve babama,

Beni her zaman destekleyip yanımda olan eşim ve biricik kızıma

Teşekkür Ediyorum

KISALTMALAR

- AN** : Anoreksiya nervoza
- BAB** : Bipolar affektif bozukluk
- BDB** : Beden dismorfik bozukluğu
- BİTE** : Bulimic Investigatory Test, Edinburg (Bulimia araştırma testi)
- BKB** : Borderline kişilik bozukluğu
- BKI** : Beden kitle indeksi (BMI, Body Mass Index)
- BN** : Bulimiya nervoza
- BTA** : Başka türlü adlandırılmayan
- DEHB** : Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
- DSM-IV** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition
(Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı)
- EDI** : Eating Disorder Inventory (Yeme bozukluğu envanteri)
- KB** : Kişilik bozukluğu
- MDB** : Majör depresif bozukluk
- OK** : Obsesif-kompulsif (OC, Obsessive-compulsive)
- OKB** : Obsesif kompulsif bozukluk (OCD, Obsessive-compulsive disorder)
- OKKB** : Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu
- OKSB** : Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları
- PB** : Panik bozukluk
- PE** : Padua Envanteri (PI, Padua Inventory)
- PTSB** : Posttravmatik stres bozukluğu
- SCID-I** : The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Mental Disorders
(DSM-IV TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu)
- SF** : Sosyal fobi
- STAI** : State-Trait Anxiety Inventory (Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği)
- YAB** : Yaygın anksiyete bozukluğu
- YB** : Yeme bozukluğu (ED, Eating disorder)
- Y-BOCS**: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Yale-Brown Obsesyon
Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği)
- YTT** : Yeme Tutum Testi (EAT, Eating Attitudes Test)

ÖZET

Amaç: Obsesif kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları sıklıkla ilişkilendirilmekte ve bir takım fenomonolojik, biyolojik, epidemiyolojik özellikleri paylaştığı üzerinde durulmaktadır. Bu çalışmada; OKB'lu hastalarda bozulmuş yeme davranışı ve OK belirtilerin bozulmuş yeme semptomlarını yordayıcı özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntemler: Çalışmaya; Mayıs 2007- Nisan 2008 tarihleri arasında OMÜ psikiyatri bölümüne başvuran ve DSM-IV tanı kriterlerine göre OKB tanısı alan 100 hasta dahil edilmiştir. Eş tanılar, yapılandırılmış görüşme formu SCID-I kullanılarak konmuştur. Tüm deneklere OK belirtileri değerlendirmek amaçlı PE, Y-BOCS ve Y-BOCS semptom kontrol listesi uygulanmıştır. Anksiyete düzeyleri STAI ile araştırılmıştır. Bozulmuş yeme semptomlarını belirlemek için YTT ve BİTE uygulanmıştır. Çalışmamızda YBOCS semptom kontrol listesi kullanılarak saptanan altı faktör ve PE de yer alan beş faktör puanları ve diğer klinik ölçüm araçları ile YTT ve BİTE puanları arasında korelasyona bakılmıştır. Korelasyonda bulduğumuz önemli sonuçların spesifitesini araştırmak ve yeme semptomlarını nelerin yordadığını saptayabilmek için bağımlı değişken olarak ayrı girilen YTT ve BİTE için hiyerarşik çoklu regresyona başvurulmuştur.

Bulgular: Hastaların %59'unda en az bir eş tanı olduğu belirlendi. En sık eşlik eden tanılar; anksiyete ve duygu durum bozukluklarıydı. Hastalarımızın hiçbirinde DSM IV tanı kriterini tam karşılayan yeme bozukluğu ek tanısı olmamasına rağmen bozulmuş yeme davranışı sergileme oranı YTT'ye göre %11, BİTE'ye göre %27'di. Her iki test bir arada değerlendirildiğinde bu oran %35'ti. Korelasyonda anlamlı ilişki gösteren OK belirti boyutları, cinsiyet, BKİ ve STAI-sürekli kaygı ölçek puanının etkisi kontrol edilerek hiyerarşik regresyona önerildi. YTT için cinsiyet ve dürtü obsesyonları, BİTE için ise BKİ, STAI-sürekli kaygı puanı ve ruminasyon obsesyonlarının yordayıcı olduğu saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda OKB hastalarında her ne kadar DSM-IV tanı kriterlerine göre bir yeme bozukluğu saptanmasa da yeme bozukluğu semptomlarının olduğu ve bu semptomları en iyi yordayan OK belirti boyutlarının dürtü ve ruminasyonlar olduğu saptanmıştır. Bu nedenle dürtü ve ruminasyon obsesyonları olan OKB'lu hastaların

bozulmuş yeme davranışlarının varlığı sorgulanmalı ve olası bir yeme bozukluğu tanısını karşılayıp karşılamadığı değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, anoreksia, bulimia,

ABSTRACT

Objective: Authors considered that the obsessive compulsive and eating disorders were relevant to each other and they share some biological, epidemiological properties. In our study, we aimed to inspect disordered eating symptoms in patients of OCD and predicting values of OCD on the disordered eating symptoms.

Material and Methods: This study was achieved between may 2007 and april 2008 in the psychiatric department of University of Ondokuz Mayıs. 100 patients were included in the study who had OCD diagnosis according to criteria of DSM-IV. Comorbidity was diagnosed by using SCID-I, PI, Y-BOCS and Symptom control list of Y-BOCS were applied to all patients for the evaluation of obsessive compulsive symptoms. Anxiety levels were researched with STAI. Disordered eating symptoms were assessed by using EAT and BITE. We investigated the in six factor detected in YBOCS symptom control scale, five factor points in PI, other clinical measurement tools were whether correlated with EAT and BITE or not. Hierrarchical multiple regressions were conducted in EAT and BITE entered seperately as dependent variables for investigation of the spesifity of important results and factors predicting the disordered eating symptoms.

Results: %59 patients had at least one comorbidity. The most encountered diseases were anxiety and sense condition disorders. Although there was no patient fit with criteria of DSM-IV, the disordered eating behaviors were 11%, 27% according to EAT and BITE respectively. When both of these tests were evaluated together, the rate was 35%. The OC symptoms dimensions showed the meaningfull relation in correllation were offered to hierrarchical regression by the controlling of the sex, BMI and STAI-trait anxiety measure points. We detected that sex and impulse obsessions had predicting for EAT and BMI, STAI-trait anxiety points and rumination obsessions had predicting for BITE.

Conclusion: The results reveal that impluse and rumination symptom domains in OCD were the most likely predictive variables for comorbid ED symptoms, even though no patient fullfilled the DSM-IV diagnostic criteria for ED in our study. For that reasons, OCD patients with rumination and impulse obsessions must be examined for coexistence of disordered eating behaviour.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, anorexia, bulimia

TABLO VE GRAFİK LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1 : Sosyodemografik ve klinik özellikler	21
Tablo 2 : Eştanı dağılımı	23
Tablo 3 : Bozulmuş yeme davranışı olan hastaların cinsiyet dağılımı	24
Tablo 4 : Yeme puanlarının ortalama değerleri ve cinsiyet açısından karşılaştırılması	24
Tablo 5 : Bozulmuş yeme davranışı olan ve olmayan hastaların eştanılar açısından karşılaştırılması	25
Tablo 6 : Psikometrik test sonuçları	26
Tablo 7 : OKB hastalarında obsesif – kompulsif belirtilerin dağılımı	27
Tablo 8 : Açıklanan Toplam Varyans (Total Variance Explained)	29
Tablo 9 : Döndürülmüş Faktör Matrisi (Varimax Yöntemi)	31
Tablo 10: Ölçekler arasında anlamlı bulunan korelasyon değerleri	32
Tablo 11: Yeme puanları ile ilişki gösteren değişkenlerin hiyerarşik regresyonu	35
Grafik 1. Öz değerlerin grafik dağılımı	30

GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme bozuklukları (YB) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ilişkisi 60 yılı aşkın süredir bilinmektedir. Klinik olarak anoreksiya nervoza (AN) ve bulimiya nervozalı (BN) hastaların kilo almaktan korkma, zihni, besinlere ve vücut hatlarına odaklı bir biçimde aşırı derecede meşgul etme ve bunların yanı sıra, oburca atıştırmak, kusmak için karşı konulmaz biçimde zorlandığını duyumsama özellikleri, bir ölçüde OKB'lu hastalarda görülen uzaklaştırılmayan düşünceler ve tekrarlayan/ritüalistik davranışlara benzemektedir⁽¹⁾. Bu klinik özelliklerin yanı sıra serotonin disregülasyonu gibi benzer bazı biyolojik özellikler de paylaşılmaktadır^(2,3). Çalışmalar her iki bozukluk arasında yüksek komorbidite bildirmişlerdir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların, özellikle de kadın hastaların, hayatlarının bir döneminde bazı yeme bozuklukları görüldüğü yahut tam bir YB tanısı aldıkları; YB görülme prevalans hızının ise %11 ila %13 arasında değiştiği bildirilmektedir^(4,5). Yeme bozukluğu hastalarındaki OKB görülme sıklığı ise %11 ila %41 arasında değişmektedir^(6,7). Eşlik eden komorbiditenin yanı sıra YB'da obsesif-kompulsif (OK) belirtiler gözlemlendiği ve bu belirtiler ile hastalığın şiddeti arasında korelasyon olduğu belirlenmiştir^(8,9,10). Srinivasagam ve arkadaşları⁽¹¹⁾ tedavi sonucu iyileşmiş anorektik hastalarda OK belirtilerin sürdüğünü ve bu belirtilerin hastalığın patogenezinin katkısının olabileceğini belirtmişlerdir. BN tanılı hastalarda da iyileştikten sonra OK belirtilerin sürdüğü gösterilmiştir⁽¹²⁾. Yeme bozukluğunu yordayıcı faktörleri araştıran çalışmalar, OK belirtilerin bozulmuş yeme semptomlarını predikte eden önemli faktörlerden biri olduğunu ortaya çıkartmıştır^(10,13,14). OK belirtilerin yeme bozukluğunu yordayıcı etkilerinin araştırıldığı çalışmalar, YB'lu hastalardan oluşan gruplarda ve klinik olmayan örneklerde yapılmışsa da OKB hastalarında yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozuklukta yeme bozukluğu semptomlarının araştırılması ile obsesif kompulsif belirtilerin yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), yineleyici obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süreğen ve kimi zaman da epizodik gidiş gösteren, kişinin günlük işlevlerini etkileyen bir hastalıktır. DSM-IV sınıflandırmasında “anksiyete bozuklukları”, ICD-10 sınıflandırmasında “nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar” başlıkları altında sınıflandırılan özgül bir tanı grubudur.

Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonlar ilk kez melankolinin bir belirtisi olarak 1837’de Esquirol tarafından tanımlanmasına rağmen, obsesyonların 4000 yıl kadar önce Mezopotamya’da görüldüğüne dair bilgiler bulunmaktadır ^(15,16). Kutsal kitaplarda İÖ 11. yüzyılın ikinci yarısında İsrail’in ilk kralı Saul’ün sık sık şeytandan gelen zararlı düşüncelere yakalandığı, damadı David’in arp çalmasıyla yatıştığından bahsedilmektedir. Kraft-Ebing 1867’de fobileri, impulsları, kompulsif endişeleri, tikleri ve hatta cinsel sapmaları içeren “kompulsif idealar” kavramını geliştirmiş ve bunlara depresif bozukluğun sebep olduğuna inanmıştır. Westphal ise, OKB’un ilk modern formülasyonunu yapmıştır. Fobik semptomları ve anankastik bozukluğu birbirinden ayırarak kompulsif fikirleri kişinin bilincine giren, inançlarına ters düşünceler olarak tanımlamış ve obsesyonların entellektüel işlevlerin bir bozukluğu olduğunu, kompulsiyonların obsesyonlara ikincil olarak geliştiğini belirtmiştir ⁽¹⁶⁾. Yirminci yüzyılın başında Pierre Janet fobi, obsesyon ve kompulsiyonları “psikastenî” başlığı altında toplamıştır. Janet’nin obsesyonları dahil ettiği bu tanımın sınırları çok belirgin değildir ve bu kategoride panik, fobik, hipokondriyak, konfüzyonel olgular ile epilepsi ve tik bozukluğu olguları da yer almaktadır. Bu kargaşa o dönemde Freud’un açıklaması ile kısmen çözülmüştür. Freud psikoanalitik açıdan fobilerle OKB’un ayrı bozukluklar olduğunu belirtmiş, obsesyonu, bastırılmış cinsel suçluluk anılarına karşı ortaya çıkan psikolojik savunmalar olarak açıklamıştır ⁽¹⁶⁾.

Epidemiyoloji

Hafif derecede belirtileri olan hastaların çoğunun tedavi arayışında olmamaları, bir kısmının hastalığını gizlemesi ve çevresine belli etmek istememesi nedeniyle OKB'un gerçek sıklığını ve yaygınlığını saptamak kolay değildir. Eski çalışmalar klinik verilere dayanmakta olup OKB'a ilişkin yaygınlık oranları düşüktür. Özellikle 1980'li yıllara kadar OKB nadir görülen bir hastalık olarak bilinirdi ⁽¹⁷⁾. 1950'li yılların sonu ile 1960'lı yılların başında yapılan retrospektif çalışmalarda psikiyatrik hasta grubunda OKB'un çok nadir olduğu (%0.88–4) saptanmıştır ⁽¹⁸⁾. Ancak ABD'deki ulusal alan tarama çalışmalarında yaşam boyu yaygınlığı %1.94–3.29; 6 aylık yaygınlığı %1–2 olarak bulunmuştur ^(19,20,21). Ülkemizde yapılan bir çalışmada OKB'un yaşam boyu yaygınlığı %3.7; başka bir çalışmada da 12 aylık yaygınlık oranı %3 olarak bulunmuştur ^(22,23).

Demografik yapı

Obsesif kompulsif bozukluğun başlangıç yaşının 20'li yaşlar olduğu bildirilmiştir ^(24,25,26,27). OKB'lu erişkin hastaların %30-50'sinde başlangıcın çocuklukta olduğu, üçte ikisinde ise belirtilerin 15 yaşından önce başladığı bildirilmiştir ⁽²⁸⁾. Bir çok çalışmanın ortak bulgusu, erkeklerde hastalığın kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığıdır ^(24,29). Başlama yaşı erkeklerde 19 iken kadınlarda 22 yaştır. Hastalığın %65'inde bozukluk 25 yaşından önce, ancak % 15 kadarında 35 yaşından sonra başlamaktadır. Bozukluğun yerleşmesinden önce işlevselliği belirgin derecede bozmayan ve önemli rahatsızlık yaratmayan obsesif kompulsif semptomların bulunduğu çoğu hasta tarafından bildirilmektedir. Bu tür minor semptomların ortalama başlama yaşı 13 yaş dolaylarındadır ve yine erkeklerde daha erken yaşlardadır ⁽³⁰⁾.

Erişkinlerde yapılan çalışmalarda cinsiyet dağılımıyla ilgili veriler farklılık göstermektedir. Bu çalışmaların bazıları ayaktan başvurusu olan hastalarda kadın oranının daha yüksek olduğunu bildirirken ^(24,27,31,32), diğerleri ise kadın ve erkeklerin eşit bir dağılım gösterdiğini saptamışlardır ^(33,34). Çocuk ve ergen OKB'lu hastalarda ise erkeklerin oranı kızlara göre 1,5-2,5 kat daha fazladır ^(35,36). Bu, hastalığın başlama yaşının erkeklerde daha düşük olduğunu düşündürmektedir.

Tanısal Özellikler

Obsesyon kişinin isteği dışında ısrarlı ve zorlayıcı bir şekilde aklına gelen, kişi tarafından saçma ve mantık dışı olarak görülen, anksiyete ortaya çıkartıcı, yineleyici özellikteki düşünce, dürtü ya da düşlemler olarak tanımlanmıştır. Kişi, obsesyonlarını kendi zihninin bir ürünü olarak görür; bunların dışarıdan zihnine sokulmuş olduğunu düşünmez. Kompulsiyonlar ise; kişinin obsesyonlarına yanıt olarak ya da belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, yineleyici törensel davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. Obsesyona eşlik eden anksiyeteyi gidermek, korku yaratan bir durumu etkisizleştirmek ya da önlemek üzere yapılır. Ancak yapılan etkinlik, önlenmek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır. Kişi kompulsiyonları engellemeye çalıştığında yoğun bir anksiyete yaşar. Obsesyon ya da kompulsiyonlar kişi tarafından aşırı ve anlamsız olarak kabul edilir ^(30,15). Klinik olarak sadece obsesyon veya kompulsiyonlardan birinden muzdarip olan hastalar olsa da çoğunlukla obsesyon ve kompulsiyonlar bir arada görülür. DSM-IV alan çalışmasında, 411 OKB'lu hastanın %91'inde “karma obsesyon ve kompulsiyonlar”, %8.5'inde “ağırlıklı olarak obsesyonlar”, %0.05'inde ise “saf kompulsiyonlar” saptanmıştır ⁽³⁴⁾.

Obsesif kompulsif bozuklukta en sık görülen obsesyonlar kirlenme obsesyonlarıdır. Bu hastaların yaklaşık % 50'sini etkiler. İkinci en sık görülen patolojik kuşkulardır ve %40 oranında görülür. Diğer obsesyonların görülme sıklıkları ise somatik %30, simetri %30, agresif %30, cinsel %25 ve dinsel obsesyonlar %10 şeklindedir. Olguların %70'inde iki ya da daha fazla obsesyon tipi bir aradadır. Kompulsiyonlar ise kontrol etme %60, yıkama %50, sayma %35, sorma-anlatma ya da dua etme %35, simetri ve düzen %30, biriktirme %20 sıklıkla görülmektedir⁽³⁰⁾.

Obsesif kompulsif bozukluk etyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen doğaya sahip bir hastalıktır⁽³⁷⁾. Bu nedenle hastalığın çeşitli özelliklerinin ilişkili olarak gruplaştığı, daha homojen özelliklere sahip subtiplerini tanımlamaya yönelik araştırmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar, başlangıç yaşı⁽³⁸⁾, cinsiyet⁽³⁹⁾, aile hikâyesi⁽⁴⁰⁾, içgörü düzeyi⁽⁴¹⁾, tedaviye yanıt⁽⁴²⁾ ve eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıklar^(43,44) gibi özelliklere dayanmaktadır. Subtiplere yönelik bir çok çalışma olmasına rağmen bunlardan en popülerleri OKB'un kliniği ile benzerlik kurarak

yapılan subtiplleme çalışmalarıdır. Yapılan faktör analizi çalışmaları hastalığın belirtilerini oldukça tutarlı ve klinik olarak anlamlı belirti boyutlarına indirgemifitir⁽⁴⁵⁾. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeği (Y-BOCS) belirti listesi ile elde edilen veriler üzerine faktör analizinin yapıldığı ilk çalışmada, “simetri/biriktirme”, “kirlenme/temizleme”, ve “saf obsesyonlar” faktörleri elde edilmiş; bir diğer çalışmada “obsesyonlar ve kontrol etme”, simetri ve düzenleme”, “temizlik ve yıkama” ve “biriktirme” faktörleri elde edilmiştir⁽⁴⁶⁾. Son zamanlarda obsesif kompulsif belirtilerle yapılan faktör analitik alışmalarda^(47,48) dört temel faktör üzerinden bir model oluşturulmuştur.

Bunlar;

- agresif, seksüel ve dini obsesyonlar ile kontrol etme kompulsiyonları
- simetri obsesyonları ve düzenleme kompulsiyonları
- kontaminasyon obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları
- biriktirme obsesyonları ve kompulsiyonları

Semptomatolojiye göre yapılan subtiplendirme çalışmaları, özellikle OKB’un yeme bozukluklarının da içinde yer aldığı obsesif kompulsif spekturum bozukluklarıyla (OKSB) ve komorbid durumlarla ilişkisinin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Ayrıca tedaviye yönelik farklı yaklaşımların belirlenmesinde yardımcı olmuştur. Örneğin tik ile ilişkili olan olası OKB subtipinin olduğu hastaların SSRI tedavisine antipsikotik eklenmesi gibi⁽⁴⁹⁾.

Komorbidite

OKB’ta eş tanılı durumları araştıran çalışmaların sonuçlarında, OKB’a en az %50 oranında eksen I bozukluklarının eşlik ettiğini⁽⁵⁰⁾ ve ağırlıklı olarak anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarla bir arada olduğunu göstermektedir⁽⁵¹⁾. Beşiroğlu ve arkadaşlarının⁽⁵²⁾ çalışmasında OKB hastalarının %56’sında eksen I komorbiditesi saptanmış. Bu hastaların %38’inde majör depresif bozukluk (MDB), %16.7’sinde yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), %13.7’sinde özgül fobi, %11’de panik bozukluğu (PB), %11’de sosyal fobi (SF), %9.6’sında distimi, %6.8’inde posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), %2.7’sinde beden dismorfik bozukluğu (BDB), %2.7’sinde somatizasyon bozukluğu %1.4’de bipolar affektif bozukluk (BAB) tespit edilmiştir.

Etyoloji

OKB'un etyolojisi birçok kuramla açıklanmıştır. Pavlov ve Maserman gibi yazarlar, obsesyonal nevrozun hatalı koşullanmaya bağlı olarak ortaya çıktığını, Freud ve onu izleyen psikoanalitik kuramcılar ise obsesyonların bastırılmış dürtülerin türevleri, kompulsiyonların ise dürtü türevi olabilecekleri gibi, bu dürtülere karşı süperego buyrukları da olabileceğini ileri sürmüşlerdir^(15,30). Davranışçı görüş de öğrenme ilkeleri üzerinde durmuştur⁽¹⁵⁾. Son zamanlarda beyin görüntüleme ve nörofarmakolojik çalışmalardan elde edilen sonuçlar OKB'un etyolojisinde biyolojik faktörlerin önemli olduğunu düşündürmüştür.

OKB'ta serotoninin rolünün olduğu varsayımı, daha çok serotonin geri alımını inhibe eden antidepresanların belirgin antiobsesyonel etkinliklerinin görülmesiyle ortaya atılmıştır⁽⁵³⁾. Gerçekten de klomipramin ve fluoksetin ile yalnızca noradrenalin geri alımını bloke eden desipraminin karşılaştırmalı çalışmalarında, desipraminin etkisi plasebodan farksız bulunmuş ve anti-OKB etki için serotonin transportunun inhibisyonunun gerekli olduğu anlaşılmıştır⁽⁵⁴⁾. Serotonin geri alım inhibitörleri, sinaptaki nörotransmitter düzeyini artırır. Ancak antiobsesyonel etkinin başlaması için belirli bir süreye gereksinim duyulmaktadır. Bu bilgilerden yola çıkarak OKB'taki patolojinin reseptör düzeyinde aşırı duyarlılığın gelişmesiyle ilişkili olduğu ve serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanılmasıyla postsinaptik reseptörlerde duyarsızlaşma ve sayıca azalma olması sonucu düzelme sağlandığı düşünülmektedir⁽⁵⁵⁾. Ancak serotonerjik disregülasyon, tek başına OKB'un nörokimyasını açıklamaya yetmemektedir. SSRI'lerine cevap veren hastaların oranı %50 civarındadır⁽⁵⁴⁾. OKB patogeneğinde serotoninin yanı sıra, dopamin nörotransmisyon sisteminin de rolünün olabileceğini destekleyen çeşitli bulgular ortaya konmuştur. Dopamin nöronlarının fazla olduğu beyin bölgelerinden olan bazal ganglionlarda enfeksiyöz, toksik, vasküler hastalıklardan sonra obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıktığı bildirilmiştir⁽⁵⁶⁾. Yine sağaltımında dopamin antagonistlerinin etkili bulunması⁽⁵⁷⁾ en azından bazı OKB alt tiplerinin patofizyolojisinde serotonerjik ve dopaminerjik sistemin birlikte rol oynadığını göstermektedir.

OKB bulgularının, hastaların biyolojik akrabalarında görülme oranları OKB'un ailesel özellik taşıdığını destekler tarzdadır. Yapılan çalışmalarda OKB'lu deneklerin

ailelerinde OKB görülme sıklığı % 6-40 arasında bildirilmiştir^(24,58,59). Rasmussen ve Tusuang⁽¹⁹⁾ OKB’u olan kişilerin birinci derece akrabalarında OKB oranı yüksek olsa da, çoğu akrabanın etkilenmemiş olması, ailesel özelliğin OKB olgularının tümü için geçerli olmayabileceğine dikkat çekmişlerdir. Bazı çalışmacılar ise ailesel geçişte genetik faktörlerin daha çok erken başlangıçlı OKB’ta önemli olduğunu öne sürmüştür⁽⁶⁰⁾.

YEME BOZUKLUKLARI VE YEME BOZUKLUKLARININ OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLE İLİŞKİSİ

Anoreksiya nervoza kilo kaybetmeye yönelik amaçlı ve istekli davranış biçimleri, kilo kaybı, beden ağırlığı ve yiyeceklerle aşırı uğraş, özel yemek yeme biçimleri, kilo almaktan aşırı korku, beden imgesinde bozukluk ve kadınlarda üç ardışık menstruel siklusun kaybı ile karakterizedir. Birey en düşük düzeydeki normal beden ağırlığına ulaşmayı reddeder. Hastaların yaklaşık yarısı bütün yiyecek alımını ileri derecede azaltarak kilo kaybeder, bazıları yoğun egzersiz yapar. Hastaların diğer yarısı katı bir diyet uygular, ancak ara sıra kontrolü kaybederek, tıknırcasına yemek yer ardından da kusar. Bazı hastalar ise küçük miktarda yemek yedikten sonra kusar. Bulimiya nervoza ise aşırı yemek yeme nöbetleri ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Tıknırcasına yeme eşliğinde yoğun olarak kontrolünü kaybetme duygusu vardır. Tıknırcasına yeme nöbeti sonrasında hastada yoğun kendini eleştirme ve suçluluk duyguları ile depresif duygudurum ortaya çıkar. Bu hastalar beden biçimi ve ağırlığı ile aşırı ilgilenen ve tıknırcasına sırasında aldığı kaloriyi kaybetmeye yönelik düzenli davranışları olan, görece normal ağırlıkta veya kilolu kişilerdir⁽⁶¹⁾. Yeme bozuklukları genç yaşlarda, özellikle AN ergenlik, BN ise genç erişkinlik döneminde başlar. Hem AN hem de BN kadınlarda daha fazla görülür⁽⁶²⁾. Yeme bozukluklarının ergen ve genç erişkinlikteki kadınlar arasında yaygınlığı AN için %0.5-1, BN için %1-3 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir⁽⁶¹⁾. Erkeklerde ise yeme bozuklukları kadınlara göre daha az görülmektedir. Tüm anoreksiya hastalarının %5-10’u ve bulimia hastalarının da %10-15’inin erkek olduğu bildirilmektedir⁽⁶³⁾.

AN ile OKB arasında bir ilişkinin olduğu ilk kez Palmer ve Jones tarafından 1939 yılında “kompulsiyon nevrozunun temel kişiliğini” gösteren dört AN vakasının incelenmesiyle ortaya atılmıştır⁽⁶⁴⁾. DuBois ise 10 yıl sonra AN için “kaşeksiyle seyreden

kompulsif nevroz” tanımını kullanmıştır. Klinik tabloda bulunan belirgin, düzenli olarak yineleyen ve sürekli yiyeceklerle ilgili düşünceleri tipik obsesif düşünce biçimine, yiyeceklerden yineleyici, mantıksız ve kontrolsüz şekilde kaçınma şeklindeki davranışları da tipik kompulsif davranış biçimine benzetmiştir⁽⁶⁴⁾. Daha yakın tarihte ise Rothenberg, YB’nun OKB’un bir varyantı olduğunu iddia etmiştir; özellikle başarının hedeflendiği ve rekabetin ön plana çıktığı batı toplumlarında yoğun olarak başarıya odaklanmış ve obsesif kompulsif kişilik yapısına sahip olan bireylerde yeni bir belirti yapısı ve modern bir sendrom gelişmekte, bu sendromda klasik temizlik ve törensel özellikler sürmekte, ardından yeni törensel davranış olarak bebeklerdeki benzer regurjitasyonun bulunduğu aşırı yeme davranışı ortaya çıkmaktadır⁽⁶⁵⁾. Hsu ve arkadaşları⁽⁶⁶⁾ yayınladıkları gözden geçirme çalışmasında YB’lu hastalarda OK semptomların arttığını ve AN hastalarının obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ile uyumlu kişilik özelliklerine sahip olabileceğine dair delillerin olduğunu, aynı zamanda OKB hastalarının artmış yeme bozukluğu semptomları gösterdiklerini belirtmişlerdir. Hollander⁽⁶⁷⁾ AN ve OKB’teki klinik ve nörobiyolojik örtüşmeler nedeniyle AN’nın OKSB’lerinin bir parçası olarak değerlendirilebileceğini ileri sürmüştür. Yeme bozukluklarında içerisinde yer aldığı OKSB’lerinin obsesif kompulsif spektrum içerisinde değerlendirilmesindeki en önemli faktör fenomenolojik benzerliklerdir. Bu bozukluklara ait zihinsel ya da davranışsal belirtilerin içeriğe değil de yapısı dikkate alındığında, bu belirtilerin obsesif düşünce ya da kompulsif davranış özelliğinde olduğu görülür. OKB ile bu bozukluklar arasındaki ilişkiyi destekleyen diğer kanıtlar, hastalığın seyri, psikiyatrik komorbidite, aile öyküsü, nörobiyoloji ve antiobsesyonel tedaviye yanıtın gelir⁽⁴⁹⁾. OKSB’lerinde olduğu varsayılan bozukluklar şunlarla karakterizedir; vücudun görünümüyle (VDB), beden duyularıyla (depersonalizasyon), vücut ağırlığıyla (AN, BN, aşırı yeme) veya bedensel bir hastalık olmasıyla ilgili (hipokondriyazis) zihinin meşgul olduğu ve ritualistik davranışların görüldüğü bozukluklar; stereotipik veya ritüalistik davranışlar gösteren nörolojik bozukluklar (Tourette sendromu, sydenham koresi, otizim) ve sıklıkla impulsif (özellikle negatif sonuçları olan ya da agresif) davranışlarla ilişkili olarak artmış gerilim yaşan impuls kontrol bozukluklarını (trikotilomani, patolojik kumar oynama, seksüel kompulsiyonlar) kapsamaktadır^(67,68,69).

Klinik açıdan bakıldığında, kilo almaktan korkma obsesyonu, zihni besinlere ve vücut hatlarına odaklı bir biçimde ve aşırı derecede meşgul etme, AN ve BN hastalarının tipik özellikleridir; bunların yanı sıra oburca atıştırmak (“tıkmak”) ve kusmak için karşı konulmaz biçimde zorlandığını duyumsamak, tıknıca-boşaltıcı (binge-purge) tipteki anorektik ve bulimik bireyler için tipik özelliklerdir; bu özellikler bir dereceye kadar OKB hastalarının sergilediği uzaklaştırılmayan düşünceler ve tekrarlayıcı/törenselleşmiş nitelikli kalıplaşmış davranışları andırmaktadır. Bununla birlikte, YB’u ve OKB hastalarındaki obsesyonlar bazı farklılıklar göstermektedir. AN ve BN hastalarının defalarca akıllarına gelen düşünceleri vardır ama bu düşünceler mutlaka arzularına karşıt fikirler olmak zorunda değildir. Bu düşünceler ve saplantılar rahatsız edici olmakla birlikte, tam anlamıyla duygudan yoksun yahut benliğe yabancı değildir⁽⁶⁹⁾. Yeme bozukluğu hastalarındaki temel belirtilerin OK özellikler göstermesinin yanında hastaların bir çoğunda eş zamanlı OK belirtiler de vardır. Bastiani ve arkadaşları⁽⁷⁰⁾ 18 AN’lı kadın ve 16 OKB’lu kadın hastayı obsesyon ve kompulsyonları açısından karşılaştırmışlardır. Yazarlar bu iki tanı grubunda obsesyon ve kompulsyonların hastaların işlevselliğini aynı düzeyde bozduğunu, ancak OKB’lu hastaların AN’lı hastalara göre çeşit yönünden çok daha zengin bir belirti örüntüsü sergilediklerini bildirmişlerdir. YB’lu hastaların tedaviden önce ve sonraki kişilik ve psikolojik işlevselliğini kıyaslamak için yapılan çalışmalar OK semptomlarının tedaviden sonra iyileştiğini gösterse de hastaların yüksek düzeyde OK özellik ve semptomlar göstermeğe devam ettiğini ortaya koymuştur^(11,12).

Yeme bozukluklu hastaların OK özellikler göstermesine karşılık OKB hastalarında da bozulmuş yeme semptomları görülmekte ve bu hastalar YB gelişiminde rol oynayan bir çok psikopatolojik özelliği taşımaktadırlar^(71,72). Yeme bozukluğu gelişiminde ve devam etmesinde önemli gibi görünen spesifik bilişsel ve davranışsal boyutlara odaklanan yeme bozukluğu envanteri (EDI) ile yapılan çalışmalarda genel yetersizlik, aşırı kişisel beklenti, yabancılaşma endişesi ve aşırı bağımlılık korkularının hem OKB hem de YB gruplarında var olan psikopatolojik durumlar olduğu belirtilmiştir⁽⁷³⁾. OKB’un YB gelişiminde rol oynayan faktörleri paylaşıyor olması OKB’da YB’u ya da bozulmuş yeme davranışlarının sık görülebileceğini işaret eden önemli bir bulgudur.

Yeme bozukluğu gelişimini etkileyen bir çok faktör olduğu öne sürülmüştür. Bu etkenlerden bir tanesinin de OKB olduğu bildirilmiştir⁽¹³⁾. OKB'un YB etyolojisinde yer alan bir faktör olarak bildirilmesine rağmen belirti boyutlarından hangilerinin YB için yordayıcı olduğu belirsizdir. YB'nu yordayan OK belirtilerin belirlenmesi, YB için risk taşıyan OKB' li hastaların daha kolay tanınmasına olanak sağlayacaktır.

Komorbidite

OKB olgularında YB, YB hastalarında ise OKB yaygınlığına ilişkin çalışma sonuçları değerlendirildiğinde OKB tanısı alan hastalarda YB prevalansının %11 ila %16 arasında değiştiği görülmüştür^(4,5,10). Fahy ve arkadaşları⁽⁵⁾ yaptıkları çalışmada OKB hastalarının %11'nin AN tanısı aldıklarını, AN tanısı alan hastalarda, OK belirtilerin ortalama beş yıl daha erken başladığını belirtmişlerdir. Rubenstein ve arkadaşları⁽⁷⁴⁾ erişkin OKB kliniğine başvuran 62 OKB hastasına SCID-P (DSM-III-R) kullanarak yaptıkları çalışmada; hastalarda, her ne kadar hiçbiri mevcut yeme bozukluğu tanısına uygun gelmese de, %13 oranında yaşam boyu AN ve/veya BN prevalansı ve %17 oranında da eşik altı YB bulmuşlardır. Denys ve arkadaşları⁽⁷⁵⁾ ise OKB' li bireylerde, genel popülasyonla karşılaştırıldığında, yeme bozukluklarının sekiz kat daha fazla olduğunu saptamışlardır.

Yeme bozukluklarında yapılan komorbidite çalışmaları farklı sonuçlar bildirmekle birlikte OKB görülme sıklığı; kısıtlayıcı alt tip AN'sı olan bireylerde %9 ila %69; BN' da %4 ila %43 olarak bildirilmiştir^(8,76,77,78). Sonuçlardaki bu farklılıkların, çalışmalardaki yöntem farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bulimik tip AN için OKB görülme prevalansı ise kısıtlayıcı AN grubunda görülen prevalans değeriyle BN grubunda görülen prevalans değerleri arasında bir değere karşılık geldiği bildirilmektedir⁽⁷⁸⁾. Ancak bulimik tip ve kısıtlayıcı tip AN'lı hastalar arasında OKB görülme sıklığı açısından fark olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur^(7,79). Thiel ve arkadaşları⁽⁸⁾ 93 kadın YB hastasıyla yaptıkları çalışmada (33 kişi AN, 60 kişi BN) hastaların % 37'sinin OKB tanısı aldıkları, kompulsif temizlenme-yıkama, kendine ya da başkasına zarar verme düşüncesi ve patolojik kuşku gibi obsesyon ve kompulsiyonların en sık görülen belirtiler olduğunu bulmuşlardır. OK semptomları olan grubun, OK semptomları olmayan gruba göre yeme tutumlarının daha patolojik ve EDİ skorlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

OKB-YB ilişkisini gösteren çalışmaların yanı sıra bu ilişkiyi desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur. Joffe ve Swinson'un⁽⁸⁰⁾ 16 OKB'lu hastada yaptıkları çalışmada, hastalardan hiçbiri YB'nu düşündürecek semptom göstermemiş ve yeme tutum testi (YTT) için belirlenen kesim puanının üzerinde skor almamıştır. Fahy'nin⁽⁸¹⁾ çalışmasında ise YB hastaları ile kontrol grubunun Maudsley obsesif kompulsif ölçek puanları arasında önemli bir farklılık saptanmamıştır⁽⁸¹⁾.

Komorbidite çalışmaları YB hastalarının önemli bir bölümünde MBD komorbiditesinin olduğunu ve MBD oranlarının, YB alt gruplarına göre farklılık gösterdiğini, özellikle de bulimyanın eklendiği durumlarda arttığını göstermiştir. Kısıtlayıcı anorektiklerin öyküsünde bu oran %15 bildirilmişken, bulimik anorektik ve bulimiklerin öykülerinde %46 olarak bildirilmiştir^(82,83). YB ve depresif bozukluk arasındaki zamansal ilişkiye bakıldığında, vakaların yalnızca küçük bir bölümünde YB öncesinde mood bozukluğu bildirilmiştir. Bu durum depresyonun AN'da psikofizyolojik olarak, BN'da kontrol yitimine bağlı olarak geliştiğini destekler niteliktedir. Bununla birlikte YB'nın bir duygudurum bozukluğu varyantı olabileceği, duygudurum bozukluğunun diğer birçok etkenle birlikte YB'na neden olabileceği ya da açığa çıkarabileceği şeklinde hipotezler de mevcuttur^(82,84). YB'daki OKB komorbidite sıralamasına bakılacak olursa OKB, AN kısıtlayıcı tip için ikinci, bulimialı AN ve BN için üçüncü en sık komorbid bozukluk olmasına rağmen duygudurum bozuklukları birinci sıklıkla görülür⁽⁷⁸⁾. Bu bulgular YB ve afektif bozukluklar arasındaki ilişkinin OKB ve YB arasında olandan daha güçlü mü olduğu sorusunu akla getirmektedir. Jarry ve Vaccarino⁽⁸⁵⁾ YB'na eşlik eden komorbidite durumlarını, bu bozuklukların genel popülasyonda görülme sıklıklarını göz önüne alarak değerlendirmişler, genel popülasyonda afektif bozukluk prevalansının OKB'tan daha yüksek olması nedeniyle, YB'ndaki OKB'a göre daha yüksek olan affektif bozukluk komorbiditesinin YB-affektif bozukluk ilişkisinin daha güçlü olduğu şeklinde yorumlanamayacağını belirtmişlerdir.

Yeme bozuklukları ile obsesif kompulsif patoloji arasında ilişki olduğuna dair daha açık kanıtlar olmasına rağmen yeme bozuklukları ile diğer anksiyete bozuklukları, özellikle panik, agorofobi ve sosyal anksiyete arasındaki ilişki daha az bilinmektedir. Yeme bozukluğu ile ilişkili etkenleri araştıran çalışmaların bir kısmında artan anksiyete seviyesi

ile yeme davranışındaki bozukluğun korele olduğu gösterilmiştir^(86,87). Yeme bozukluklarında özgül fobi, panik bozukluğu oranları normal popülasyondan fazla bulunmamışken, sosyal fobi artmış bulunmuştur⁽⁸²⁾. Sosyal fobi ve genelleşmiş anksiyete bozukluğunun YB'li bireylerde yaygın olduğunu ve anksiyetenin YB'nun etyolojisinde olduğu kadar bulimik davranışın devamında da önemli olabileceğini bildiren çalışmalar vardır⁽⁸⁸⁾. Yeme bozukluklarının ilişkili olduğu bozuklukları daha iyi ortaya koyabilmek için karşılaştırılmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yeme bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda kişilik

AN kısıtlayıcı tip olan hastalarda genelde rijidite, cimrilik, mükemmelliyeçilik, aşırı dürüstlük ve aşırı-kontrollü olma gibi obsesyoneel kişilik özellikleri; bulimik AN'lı hastalarda ise impulsif, emosyonel, dışa dönük ve seksüel aktifliğe eğilim özellikleri bulunmaktadır. Bu açıdan bakıldığında kısıtlayıcı AN olguları C kümesi kişilik bozukluğu (KB) tanılarını almaya eğilimliken, bulimik AN olguları B kümesi KB tanılarını almaya eğilimlidirler⁽⁸⁹⁾. Komorbid OKKB görülmesinden bağımsız olarak, kısıtlayıcı tip AN'ların birinci derece akrabalarında da OKKB görülme riski yüksek bulunmuş, bu nedenle OKKB'nun anorektik hastalara özgü olduğu ve kısıtlayıcı tip AN için ailesel yatkınlık etkeni olduğu ileri sürülmüştür^(84,90). OKKB daha çok AN ile ilişkilendirilmişse de bu özelliklerin bazıları BN için de tanımlanmıştır^(12,91). Yeme bozukluklarında OKKB'nun sıklığının araştırıldığı çalışmalarda OKKB yaygınlığı AN olgularında %7-65; BN olgularında %4-46 arasında bildirilmiştir^(91,92,93). Bulimiya özellikle borderline kişilik bozukluğu (BKB) ile ilişkilendirilmiş ve BKB'nun bulunma sıklığı %2-47 arasında bildirilmiştir^(91,94,95). Bildirilen oranların farklılık göstermesi, çalışmalarda kullanılan yöntemlerin farklı olmasıyla açıklanabilir. Yeme bozukluklarında A kümesi KB görülme oranları ise daha düşüktür⁽⁸⁹⁾.

OKB'ta KB araştıran çalışmalar OKB'a yüksek oranda KB eşlik ettiğini, bunlardan A kümesi kişilik bozukluklarının nadir, bazen C bazen de B kümesi KB'larının daha sık görüldüğünü bildirmektedir^(32,96,97). Uğuz ve arkadaşlarının⁽³²⁾ çalışmasında OKB'lu hastaların %50'sinde en az bir KB'nun görüldüğünü, %45 oranla en fazla C kümesi KB'larının eşlik ettiğini, bu küme içerisinde de en fazla OKKB'nun (%30) ve bağımlı

KB'un (%28) olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmada A kümesi KB'u (%12) ve B kümesi KB'ları (%10) daha düşük oranda bulunmuştur⁽³²⁾. C kümesi KB'larının ağırlıkta olması, OKB hastalarının kaygılı kişilik özelliklerine sahip olduğu, bu kişilik bozukluklarının bireylerde OKB gelişmesine yatkınlık oluşturabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Ancak bu konudaki araştırmaların sayısı yetersiz olmakla birlikte sonuçlar OKKB'nun, OKB için yatkınlaştırıcı bir etken olmadığı yönündedir. OKB olan hastaların birinci derecede yakınlarının incelendiği bazı araştırmalarda da OKB ile OKKB arasında ailevi geçişi gösterir bir ilişki bulunmamıştır⁽⁹⁸⁾. OKB olan hastaların bir kısmında hastalık öncesi OK özellikler görülebilmekle birlikte mevcut bulgular OKB ile OKKB arasında bir ilişki olduğunu desteklememiştir⁽⁹⁷⁾.

Etyoloji

OKB ve YB arasındaki etyolojik benzerliği araştırmak için genetik ve nörotransmitter çalışmaları yapılmıştır. Çalışmalar birçok nörotransmitterle yapılmış olmasına rağmen yeme davranışını, uyarı kontrolünü, obsesyonel tutumu, saldırganlığı, depresyonu ve anksiyeteyi düzenlemekteki rolü nedeniyle çalışmaların merkezinde serotonin yer almıştır. Çalışmalar hem AN hem de BN'da serotonin disregülasyonunu göstermiştir⁽³⁾. Bu serotonin disregülasyonu aynı zamanda OKB hastalarında da gösterilmiştir⁽²⁾. Bununla beraber OKB ve YB'lu bireylerin benzer serotonin disregülasyonunu paylaşıp paylaşmadığı daha az bilinmektedir⁽⁹⁹⁾. Ayrıca YB hastalarında ister psikopatolojik ister biyokimyasal boyutta olsun, meydana gelen değişikliklerin çoğunun açlıktan veya beslenmeyle ilişkili etmenlerden kaynaklanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü açlık ve beslenmeye bağlı etmenler oluşan değişikliğin özgüllüğünü azaltmaktadır⁽⁶⁹⁾. Bu olumsuzluğu gidermenin bir yolu, genetik analiz yapmaktır. Gerçekte, OKB ve YB'da 5-HT transporter gen ve 5-HT_{2A} reseptör değişiklikleri gösterilmiştir^(100,101,102). Fakat bu alandaki çalışmalar az sayıdadır ve elde edilen bulgular çelişkilidir.

Aile çalışmalarında YB ve OKB birlikteliğine ilişkin elde edilen bulgular farklılık göstermektedir. Bunlardan bir kısmında ailesel geçiş gösterilememişken^(90,103), bazı çalışmalarda her iki bozukluk arasında değişen oranlarda ilişki gösterilmiştir^(83,104,105).

Halmi ve arkadaşları⁽⁸³⁾ YB hastalarının annelerinde OKB sıklığını kontrolden yüksek bulmuşlardır. Bellodi ve arkadaşları⁽¹⁰⁵⁾ yeme bozukluğu probandlarının birinci derece akrabalarında OKSB'nın (OKB ve tik bozuklukları dahil) prevalansının kontrol olgularının birinci derece akrabalarına göre arttığını saptamışlardır.

Sonuç olarak her iki bozukluk arasında bir ilişki olabileceğini düşündüren veriler bulunmakla birlikte, bu konuda kesin bir yargıya varabilmek için daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim olduğu görülmektedir.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Kliniğine başvuran, DSM-IV kriterlerine göre OKB tanısı konan ve çalışma hakkında bilgilendirilip rızası alınan hastalar alınmıştır. Çalışmaya Mayıs 2007'de başlanmış ve hedeflenen sayı olan 100'e ulaşıncaya kadar kriterleri karşılayan her hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastanın çalışmaya dahil olabilmesi için en az 18 yaşında olması, okur-yazar ve testleri anlayacak kapasitede olması ve herhangi tıbbi bir hastalığı veya psikotik bir bozukluğu olmaması şartları aranmıştır.

OKB ve komorbid tanılar DSM-IV kriterlerine⁽¹⁰⁶⁾ göre düzenlenmiş olan yapılandırılmış görüşme formu SCID-I kullanılarak konmuştur. Görüşmeci tarafından uygulanan Y-BOCS ile semptomların şiddeti ve içerikleri değerlendirilmiştir. Yine obsesif ve kompulsif belirtileri saptamak amaçlı Padua Envanteri (PE), anorektik yeme davranışını değerlendirmek amacıyla Yeme Tutum Testi (YTT), bulimia semptomlarının değerlendirilmesi için Bulimiya Araştırma Testi (BİTE) ve anksiyete düzeylerinin tespiti için durumluk ve sürekli kaygı ölçeği (STAI) hasta tarafından doldurulmuştur. Hastaların sosyodemografik bilgileri ve hastalık özelliklerinin belirlenebilmesi için görüşmeci tarafından sosyodemografik bilgi formu doldurulmuştur.

Kullanılan Ölçüm Araçları

1. DSM-IV TR Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I, The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Mental Disorders): Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından, 1994 yılında major DSM-IV Eksen-I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları, Özkürkçügil ve arkadaşları⁽¹⁰⁶⁾ tarafından yapılmıştır.

2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale): Goodman ve arkadaşları⁽¹⁰⁷⁾ tarafından yılında geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları⁽¹⁰⁸⁾ tarafından yapılmıştır.

Y-BOCS, obsesyon ve kompulsiyonların türünü belirlemeye yönelik 15 alt başlık altında, toplam 74 sorudan oluşan semptom kontrol listesi ve semptom tipi, sayısı veya içeriğini dikkate almaksızın, bozukluğun şiddetini ölçen iki alt bölümden oluşmuştur. Y-BOCS'da obsesyon ve kompulsiyonlar beşer madde ile ayrı ayrı puanlandırılmakta ve puanları 0 ile 20 arasında değişmektedir. Toplam puan ise obsesyon ve kompulsiyon puanlarının toplamından elde edilir ve puanı 0 ile 40 arasında değişmektedir.

3. Padua Envanteri (PE): Sanavio tarafından, normal ve klinik popülasyonda obsesif kompulsif belirtileri şiddet ve sıklık açısından değerlendirmek üzere geliştirilen PE 60 sorudan oluşmaktadır⁽¹⁰⁹⁾. Faktör analizi sonucunda PE'nin dört faktör yapısında olduğu ortaya çıkmıştır⁽¹¹⁰⁾. Van Oppen tarafından düzenlenen kısa form ise 41 maddeden oluşmakta ve 5 faktör yapısı içermektedir. Bunlar 10 maddeden oluşan ruminasyon alt ölçeği, 10 maddeden oluşan temizlik alt ölçeği, 8 maddeden oluşan kontrol alt ölçeği, 7 maddeden oluşan dürtü ve kaygılar alt ölçeği, 6 maddeden oluşan kesinlik alt ölçeğidir. Çıkarılan 19 soru ve eklenen bir alt faktör dışında faktör yapısı büyük oranda özgün ölçeğe uygundur⁽¹¹¹⁾. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Beşiroğlu ve arkadaşları⁽¹¹²⁾ tarafından yapılmıştır. PE iki formunun da güvenilirliklerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Geçerlik için kısa formun özgün forma göre OKB'a daha özgü bir faktör yapısı ortaya koyduğu ve diğer hastalarla OKB'u olan hastaları ayırt etmede daha güçlü olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda kısa form kullanılmıştır. Her alt ölçeğe ait puan ve tüm alt ölçeklerin toplanmasıyla toplam puan elde edilmiştir. Toplam puan tüm obsesif-kompulsif belirtilerin oluşturduğu rahatsızlık derecesini yansıtmaktadır ve 0-164 arasında değişebilmektedir⁽¹¹²⁾.

Alt ölçek 1, Ruminasyon: Kişinin istemediği halde zihninden uzaklaştırılamadığı düşünceler, karar vermede güçlük, gerçekleşme ihtimali düşük olan durumlar konusunda aşırı zihinsel uğraş ile ilişkilidir. On maddeden oluşmakta ve toplam puanı 0-40 arasında değişmektedir.

Alt ölçek 2, Temizlik: Kirlenme, pis olma ve sonuçları hakkında aşırı zihin meşguliyeti ve bununla ilişkili kompulsif davranışlar hakkındadır. On maddeden oluşmaktadır, toplam puanı 0-40 arasında değişmektedir.

Alt ölçek 3, Kontrol: Kişinin günlük aktivitelerini yapıp yapmadığından emin olamama, yapacağı yanlışların felakete yol açacağı duygusu ile birlikte ortaya çıkan kontrol ve sayma davranışlarıyla ilişkilidir. Sekiz maddeden oluşmaktadır, toplam puanı 0-32 arasında değişmektedir.

Alt ölçek 4, Dürtüler: Kişinin kendisine ya da diğer insanlara istemeden zarar vereceği, onların fenalığına neden olacağı ya da kontrolsüz cinsel eylemlerde bulunacağıyla ilişkilidir. Dürtüler alt ölçeği 7 maddeden oluşmaktadır, toplam puanı 0-28 arasında değişmektedir.

Alt ölçek 5, Kesinlik: Kişinin günlük sıradan aktivitelerini belirli sırada yapma, nesnelere sayma, belli sayıları gerekmediği halde hatırlama ve tekrarlama zorunluluğu hissetme ile ilişkilidir ve toplam puanı 0-24 arasında değişmektedir.

4. Yeme Tutum Testi (YTT) (EAT, Eating Attitudes Test): Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiş ve AN belirtilerini objektif olarak ölçen bir kendini değerlendirme ölçeği olarak ileri sürülmüştür⁽¹¹³⁾. YTT AN'lı hastaların yemek yemekle ilgili davranış ve tutumlarını olduğu kadar normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukları da ölçmektedir. Hastalık için yüksek risk grubu oluşturan topluluklarda tarama aracı olarak kullanılmaktadır. Öte yandan ölçek klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. YTT'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır⁽¹¹⁴⁾. Test 40 sorudan oluşmakta cevaplar bir ucunda "daima", diğer ucunda "hiçbir zaman" seçeneği bulunan altı basamaklı Likert formunda değerlendirilmektedir. YTT için kesme değeri 30 puandır. 30 puan ve üzerinde alan kişiler yeme bozukluğu bulunma riski yüksek kişiler olarak değerlendirilir.

5. Bulimia Araştırma Testi (BİTE, Bulimic Investigatory Test, Edinburg): Bulimia veya aşırı yeme semptomlu hastaların tanımlanması için tasarlanmış 33 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir. Belli bir toplumdaki "aşırı yeme" semptomlarını tanımlamak için veya klinik bir merkezde bir tarama aracı olarak kullanılabilir. Ek olarak,

şiddetin ve tedaviye yanıtın yararlı bir ölçüm yöntemidir. İki alt ölçeği vardır: *semptom ölçeği*, mevcut olan semptom derecesini ölçer, *şiddet ölçeği*, “tıkınma” ve “boşaltma” davranışının şiddetini ölçer. Şiddet ölçeği için 5 ve üzeri klinik açıdan önemli kabul edilir. Semptom ölçeğindeki skorlar yüksek (20 ve üzeri skor), orta (10-19 arası skor) ve düşük (10’un altında skorlar için) olmak üzere üç gruba ayrılır⁽¹¹⁵⁾. Çalışmamızda sadece semptom ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

6. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI, State-Trait Anxiety Inventory): Spielberger ve arkadaşları⁽¹¹⁶⁾ tarafından geliştirilen, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçen bir testtir. İlk 20 madde durumluk, ikinci 20 madde sürekli kaygı düzeylerini ölçmeye yarar. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır⁽¹¹⁷⁾.

7. Yarı yapılandırılmış görüşme formu: Hastaların yaş, medeni durum, eğitim, yerleşim, gelir ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra; hastalık süresi, tedavi şekli, boy-kilo bilgisi ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünü belirlemek amacıyla görüşmeci tarafından hazırlanmış yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistikler, SPSS yazılım programı kullanılarak hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra hasta grubunu daha iyi tanımlayabilmek için YBOCS semptom listesinde yer alan semptom kategorileri kullanılarak faktör analizi yapılmıştır. YBOCS’da yer alan 15 kategoriden iki tanesi (“diğer obsesyonlar” ve “diğer kompulsiyonlar” başlığı altında yer alan obsesyon ve kompulsiyonlar) değerlendirmeye alınmamış ve sık görülmesi nedeniyle kuşku obsesyonları ayrı bir kategori olarak eklenmiştir. Böylece faktör analitik çalışma için 14 kategori değerlendirmeye alınmıştır. Her bir semptom için kullanılan skorlama 0 (yok), 1 (semptom var ama hedef semptom değil) veya 2 (hedef semptom) şeklindedir. Çalışmamızda YBOCS semptom kontrol skalası kullanılarak saptanan altı faktör ve PE’de yer alan beş faktör puanları ve diğer klinik ölçüm araçları ile YTT ve BİTE puanları arasında korelasyona bakılmıştır. Korelasyonda bulduğumuz önemli sonuçların özgüllüğünü araştırmak ve hangi özelliklerin yeme semptomlarını yordadığını saptayabilmek için bağımlı değişken olarak ayrı ayrı girilen YTT ve BİTE için hiyerarşik çoklu regresyona başvurulmuştur.

İstatistiksel değerlendirmemizde YTT ve BİTE’nin sürekli puanlarının kullanılmasının yanı sıra, hastalar, bu ölçeklerin kesim puanları göz önünde bulundurularak bozulmuş yeme davranışı olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılmış ve gruplar arasındaki sosyodemografik ve klinik özellikler χ^2 ve t testi ile karşılaştırılmıştır. Bozulmuş yeme davranışı için hastaların YTT puanından 30 ve üzeri, BİTE puanından 10 ve üzeri olması ölçütü kullanılmıştır.

BULGULAR

Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

DSM-IV tanı kriterlerine göre OKB tanısı konan 100 hasta çalışmaya alındı. Hastaların %66'sı kadın, %34'ü erkekti, tüm hastaların yaşları 18-67 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 32.6 ± 12.2 (erkeklerde 31.7 ± 14.0 kadınlarda 33.0 ± 11.1) yıl idi; beden kitle indekleri (BKI) 15.8 ile 39.8 arasında değişmekteydi ve ortalaması 25.1 ± 5.0 değerdedi. Hastaların %54'ü evli, %46'sı bekarı. Hastaların eğitim durumu %29'u okur-yazar ve ilk öğretim, % 51'i ortaöğretim ve lise, %20'si yüksek öğretim mezunuydu. Lise ve üzeri eğitim görenlerin oranı %59'du. Ortalama eğitim süresi 9.9 ± 4.0 yıldır. Hastaların mesleki durumları ise %22'si memur ya da serbest çalışıyor, %24'ü öğrenci, %32'si ev hanımı, %9'u emekli, %13'ü çalışmıyordu. Gelir durumlarına bakıldığında %21'nin gelir durumu iyi, %65'nin orta, % 14'ün ise kötüydü. Hastaların %5'i köyde, %27'si ilçede, %68'i ise ilde oturuyordu.

Hastalık başlama yaşı 5-58 yıl arasında iken, ortalaması 24.0 ± 10.7 yıldır. Hastalık başlama yaşı erkeklerde 22.1 ± 10.3 , kadınlarda 25.0 ± 10.8 yıl idi. Hastalık süresi ortalama 93.3 ± 95.9 aydır. Hastaların %79'u antiobsesyonel tedavi altındaydı, %18'i ek olarak antipsikotik ilaç kullanıyordu. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü %42, OKB görülme sıklığı %24 oranındaydı. Sosyodemografik veriler ve klinik özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik ve klinik özellikler

Özellikler	aralık	ortalama, SD
Yaş	18-67	32.6±12.2
BKI	15.8-39.8	25.1±5.0
Eğitim (yıl)	1-19	9.9±4.0
Hastalık başlama yaşı	5-58	24.0±10.7
Hastalık süresi (ay)	2-624	93.3±95.9
	sayı	%
Cinsiyet		
erkek	34	%34
kadın	66	%66
Medeni durum		
evli	54	%54
bekar	46	%46
Eğitim		
okur-yazar ve ilköğretim	29	%29
orta ve lise mezunu	51	%51
üniversite mezunu	20	%20
Meslek		
Memur-serbest çalışan	22	%22
öğrenci	24	%24
ev hanımı	32	%32
işsiz-emekli	22	%22
Tedavi alan	79	%79
Ek antipsikotik kullanımı olan	18	%18
Ailede OKB öyküsü olan	24	%24
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan	42	%42

OKB hastalarının komorbiditesi ile ilgili veriler

Eş tanı durumuna bakıldığında, hastaların %59'unda en az bir eş tanı olduğu belirlendi. En sık gözlenen eş tanı özgül fobiydi (%24). İkinci sıklıkla MDB (%18), üçüncü sıklıkla YAB'u (%14) gözleniyordu. Hastaların %8'inde başka türlü adlandırılmayan anksiyete (BTA) bozukluğu, %7'sinde distimi, %6'sında BTA depresif bozukluk, %4'ünde PB, %3'ünde SF, %2'sinde BAB eş tanısı mevcuttu. Hipokondriyazis, BDB, farklılaşmamış somatoform bozukluk ve alkol kötüye kullanımı diğer tespit edilen eştanılardı. SCID-I tanıları içerisinde yer almasa da hastalarda klinik ilgi odağı olabilecek düzeyde semptomu olan bir hastaya tik bozukluğu, bir hastaya Tourette bozukluğu ve bir hastaya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı kondu. Eşlik eden tanıların dağılımları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Eş tanı dağılımı

Eş tanıları	sayı	%
Duygu durum bozuklukları	33	33
MDB	18	18
Distimi	7	7
BTA depresif bozukluk	6	6
BAB	2	2
Anksiyete bozuklukları	36	36
YAB	14	14
PB	4	4
SF	3	3
Özgül fobi	24	24
BTA anksiyete bozukluğu	8	8
Somatoform bozukluklar	3	3
Farklılaşmamış somatoform bozukluk	1	1
Hipokondriyazis	1	1
BDB	1	1
Yeme bozuklukları	-	-
Alkol-madde kull boz	1	1
Tik bozukluğu	1	1
Tourette	1	1
DEHB	1	1
En az bir eş tanı alan	59	59
Çoğul eş tanı alanların sayısı	24	24
-iki eş tanı alan	17	17
-üç eş tanı alan	4	4
-dört eş tanı alan	3	3

Çalışmamızda DSM-IV tanı kriterlerine göre bir yeme bozukluğu eş tanısı saptanmamıştır. Ancak YTT ve BİTE ölçeklerinin kesim puanları göz önüne alınarak hastalarda bozulmuş yeme davranışı araştırıldığında YTT'ne göre bozulmuş yeme davranışı gösteren hasta oranı %11, BİTE'ne göre %27'di. Her iki test bir arada değerlendirildiğinde bozulmuş yeme davranışı sergileme oranı %35'ti (100 hastanın 35'i karşılıyordu). Bozulmuş yeme davranışı olan hastaların cinsiyet dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. Her iki testin bir arada değerlendirilmesiyle belirlenen bozulmuş yeme davranışına sahip olan ve olmayan hastalar cinsiyet açısından χ^2 testi ile karşılaştırıldığında arada anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yeme puanları cinsiyete göre t testi ile karşılaştırıldığında kadınların her iki testte erkeklere göre daha yüksek skorlar aldıkları, ancak bunlardan sadece YTT puanlarındaki yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaştığı bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 4).

Tablo 3. Bozulmuş yeme davranışı olan hastaların cinsiyet dağılımı

	kadın	%	erkek	%	toplam	%
YTT'den 30 ve üzeri puan alanlar	10	15.2	1	3	11	11
BİTE'den 10 ve üzeri puan alanlar	20	30.3	7	20.6	27	27
İki test birarada değerlendirildiğinde bozulmuş yeme davranışı gösteren hasta sayısı	27	40.9	8	23.5	35	35

Tablo 4. Yeme puanlarının ortalama değerleri ve cinsiyet açısından karşılaştırılması

	toplam	kadın	erkek	t	p
YTT	20.4±9.2	22.2±9.9	17±6.3	-2.73	.007**
BİTE	7.81±4.7	8.1±5	7.2±4.1	-.92	.36

**p < .01

YTT veya BİTE'ne göre bozulmuş yeme davranışı tespit edilen hastalarla bozulmuş yeme davranışı göstermeyen hastalar medeni durum, meslek, gelir durumu, eğitim düzeyi, komorbidite, ailede OKB öyküsünün varlığı, antiobsesyonel tedavi ve ek antipsikotik kullanımı açısından x2 testi ile karşılaştırılmıştır. İki grup arasında bu değişkenlerden sadece komorbid bir anksiyete bozukluğu eş tanısı alınması açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.01$) (Tablo 5). Bu farklılığı sağlayan özgül tanı grubu araştırıldığında özgül fobi tanısı alma durumunun bozulmuş yeme davranışı olan hastalarda olmayan hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 5). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 5. Bozulmuş yeme davranışı olan ve olmayan hastaların eştanılar açısından karşılaştırılması

Eştanı	Bozulmuş yeme davranışı olan (n=35)	Bozulmuş yeme davranışı olmayan (n=65)	X ²	p
Anksiyete bozukluğu				
var	20	16	9.08	.003**
yok	15	49		
Özgül fobi				
var	14	10	6.26	.012*
yok	21	55		

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

OKB hastalarında psikometrik test ölçüm sonuçları

Hastalara uygulanan padua ölçeği puanları, Y-BOCS puanları ve STAI puanları Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Psikometrik test sonuçları

Ölçekler	aralık	ortalama±SD
Padua toplam	3-149	55.8±32.3
padua ruminasyon	0-40	17.7±10.6
padua temizlik	0-39	13.5±9.2
padua kontrol	0-32	12.7±8.5
padua kesinlik	0-24	5.8±5.6
padua dürtü	0-26	5.9±6.4
Y-BOCS		
obsesyon	2-20	11.0±4.2
kompulsiyon	0-20	9.8±4.4
toplam	3-38	20.7±7.9
STAI-durumluk	20-68	42.2±11.8
STAI-sürekli kaygı	27-77	52.0±10.0

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme ölçeğinin belirti listesine göre obsesyon ve kompulsiyonların dağılımı ve faktöryel yapısı

Hastalarımızın %95’inde obsesyon ve kompulsiyonlar bir arada bulunurken, sadece %5’ inde saf obsesyonlar saptanmıştır. Hastaların obsesyon ve kompulsiyon dağılımlarına bakıldığında en sık gözlenen obsesyonlar kirlilik ve bulaşmayla ilgili olanlardı (%68), diğer sık görülen obsesyonlar kuşku (%54), simetri (%42), dini (%29), saldırganlık (%27) ve cinsel (%22) obsesyonlardı. Somatik obsesyonların görülme oranı %7, biriktirme/saklama obsesyonlarının %3 ve “diğer obsesyonlar” başlığı altında yer alan, bilme hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri kaybetme korkusu, doğru şeyi söylememe korkusu, uğurlu uğursuz sayılar, batıl inançlar gibi obsesyonların tümü %47 oranındaydı.

Kompulsiyonlardan en fazla olanı temizleme kompulsiyonuydu (%66), diğer sık gözlenenler; tekrarlayıcı ve törensel davranışlar (%43), kontrol etme (%43), sıralama/düzenleme (%35) ve sayma (%31) kompulsiyonlarıydı. Biriktirme/toplama kompulsiyonları %5, “diğer kompulsiyonlar” başlığı altında görülen zihinsel törenler, söyleme, sorma veya itiraf etme zorunluluğu, dokunma vurma veya ovalama zorunluluğu gibi kompulsiyonların tümü %49 oranında görülmekteydi. Tüm hastalara ait belirti dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. OKB hastalarında obsesif – kompulsif belirtilerin dağılımı

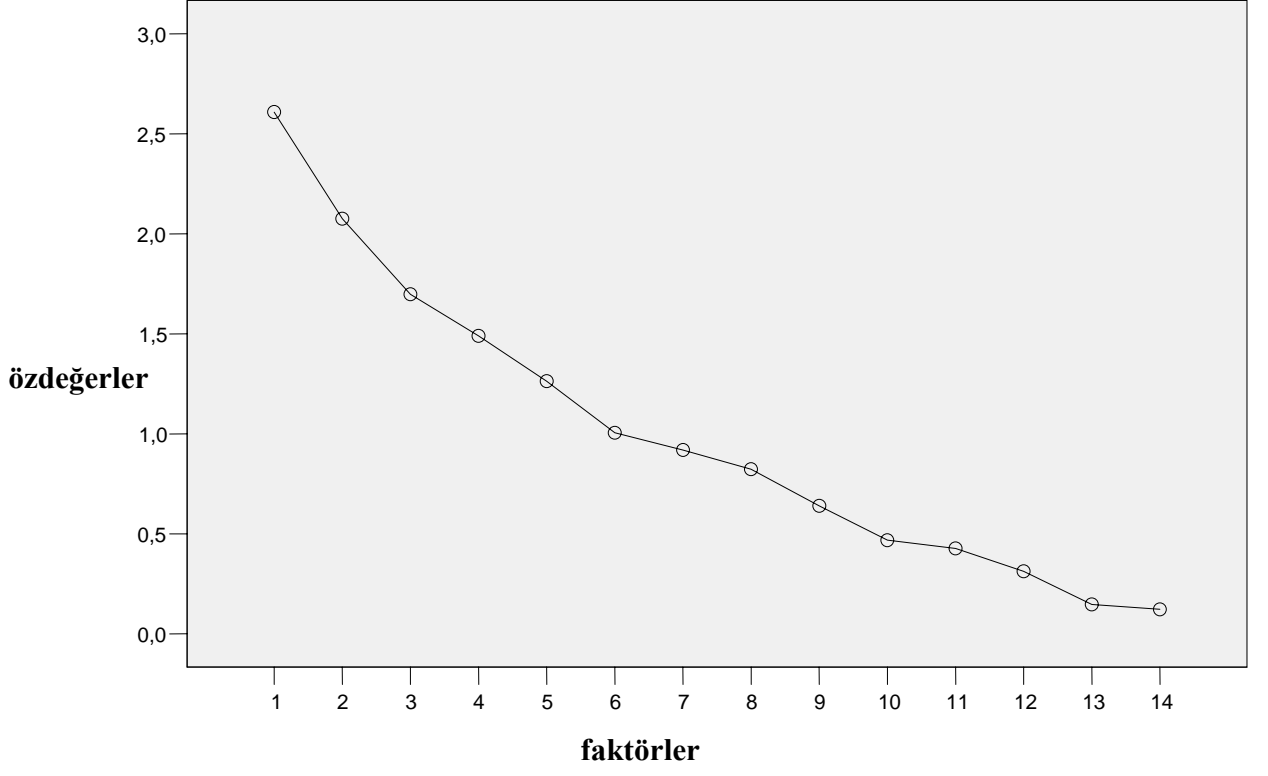
	OKB (n=100)	%
Obsesyonlar		
kirlenme	68	68
kuşku	54	54
simetri	42	42
dini	29	29
saldırganlık	27	27
cinsel	22	22
somatik	7	7
biriktirme/ saklama	3	3
diğer	47	47
Kompulsiyonlar		
temizleme	66	66
tekrarlayıcı/törensel davranışlar	43	43
kontrol etme	43	43
sıralama/düzenleme	35	35
sayma	31	31
biriktirme/toplama	5	5
diğer	49	49

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme ölçeğinin alt boyutlarını belirlemek amacıyla yapılan faktör analizinde özdeğerleri 1'e eşit veya 1'den büyük olan altı faktör belirlenmiştir. Bu altı faktörün tümü toplam varyansın %72.4'ünü açıklamaktadır. Faktörler ise sırasıyla toplam varyansın %13.8, %13.5, %13.4, %12.3, %12.2 ve %7.3'ünü açıklamaktadır (Tablo 8). Temel bileşenler yöntemiyle elde edilen ilk çözüme dik döndürme yöntemlerinden Varimax yöntemi uygulanmıştır, buna ait çözümler Tablo 8'de verilmiştir. Öz değerlerin grafik dağılımı (scree-plot) grafik 1'de gösterilmiştir. Bulunan faktörlere literatürle uyumlu olarak, “simetri”, “temizlik”, “kuşku/ kontrol”, “pür obsesyonlar”, “istifçilik” ve “somatik obsesyon/sayma ve tekrarlama kompulsiyonları” isimleri verilmiştir (Tablo 9). Bu çalışmada “düzenlilik”, “temizlik”, “kuşku/ kontrol” ve “istifçilik” faktörleri ikişer kategoriden, “pür obsesyonlar” ve “somatik obsesyon/sayma ve tekrarlama kompulsiyonları” faktörleri ise üçer kategoriden oluşmaktadır.

Tablo 8. Açıklanan Toplam Varyans (Total Variance Explained)

Bileşenler (Component)	Başlangıç Özdeğerleri (Initial Eigenvalues)			Döndürülmüş Kareli Yüklerin Toplamı (Rotation Sums of Squared) Loadings)		
	özdeğer	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2.61	18.63	18.63	1.93	13.77	13.77
2	2.08	14.83	33.46	1.90	13.53	27.30
3	1.70	12.13	45.59	1.87	13.37	40.67
4	1.50	10.64	56.23	1.72	12.27	52.94
5	1.26	9.02	65.25	1.70	12.16	65.09
6	1.01	7.18	72.43	1.03	7.34	72.43
7	.92	6.57	79.00			
8	.82	5.88	84.88			
9	.64	4.57	89.45			
10	.47	3.34	92.79			
11	.43	3.05	95.84			
12	.31	2.23	98.07			
13	.15	1.05	99.13			
14	.12	.88	100.00			

Öz değerlerin grafik dağılımı



Grafik.1

Tablo 9. Döndürülmüş Faktör Matrisi (Varimax Yöntemi)

BELİRTİLER	FAKTÖRLER					
	simetri	temizlik	Kuşku/ kontrol	pür obsesyonlar	istifçilik	Somatik obs./ sayma-tekrarlama
Simetri obs.	.939	.069	-.128	-.051	-.071	-.014
Sıralama komp.	.918	.123	-.089	-.121	.081	-.048
Kirlilik obs.	.100	.906	-.083	-.165	-.024	.038
Temizlik komp.	.091	.892	-.060	.064	.008	-.023
Kontrol komp.	-.077	-.077	.874	-.054	.082	.056
Kuşku obs.	-.163	-.090	.843	.059	-.107	-.085
Saldırganlık obs.	.092	.063	.229	.836	.025	.141
Dini obs.	-.205	-.082	-.103	.689	-.035	-.198
Cinsel obs.	-.173	-.360	-.401	.546	.005	-.017
Biriktirme komp.	-.059	-.039	-.025	.021	.889	-.066
Biriktirme obs.	.064	.022	.002	-.037	.875	.046
Sayma komp.	-.099	.139	-.242	.259	-.186	-.685
Tekrar komp.	-.069	.033	-.163	.349	-.279	.554
Somatik obs.	-.224	.287	-.229	-.024	-.045	.412

obs.:obsesyon, komp.:kompulsiyon

Ölçek puanları arasında korelasyonlar

YTT ve BİTE puanları ile STAI-durumluk ve sürekli kaygı, YBOCS'dan elde edilen altı faktör ve padua envanterine ait beş faktörünün puanları arasında korelasyona bakılmıştır.

YTT puanı ile diğer uygulanan ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, YTT toplam puanı ile padua toplam ($r=.28$, $p<0.01$), padua temizlik ($r=.26$, $p<0.01$) ve padua dürtü ($r=.32$, $p<0.01$) alt puanları arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 10). YTT puanı ile BKİ ($r=.17$), padua ruminasyon ($r=.18$), padua kontrol ($r=.19$), padua kesinlik ($r=.18$) alt ölçekleri, Y-BOCS ($r=.18$), Y-BOCS- semptom listesinden elde edilen altı faktör (düzenlilik ($r=.16$), temizlik ($r=.17$), kuşku/kontrol ($r=-.02$), pür obsesyonlar ($r=-$

.17), istifçilik ($r=-.06$), somatik obsesyon/sayma ve tekrarlama ($r=-.09$), STAI-durumluk ($r=.01$) ve sürekli anksiyete ($r=.08$) ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Klinik özellikler ve YTT arasında korelasyona bakıldığında hastanın yaşı ($r=.16$), hastalık süresi ($r=.12$) ve hastalık başlangıç yaşı ($r=.10$) arasında bir korelasyon gözlenmemiştir.

BİTE puanı ile BKİ ($r=.50$, $p<0.01$), padua toplam ($r=.32$, $p<0.01$), padua ruminasyon ($r=.33$, $p<0.01$), padua kontrol ($r=.25$, $p<0.05$), padua dürtü ($r=.33$, $p<0.01$) ve STAI-sürekli anksiyete ($r=.24$, $p<0.05$) ölçek puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (Tablo 10). Padua temizlik ($r=.18$), padua kesinlik ($r=.18$), Y-BOCS ($r=.03$), Y-BOCS- semptom listesinden elde edilen altı factor (düzenlilik ($r=.01$), temizlik ($r=.02$), kuşku/ kontrol ($r=.07$), pür obsesyonlar ($r=-.02$), istifçilik ($r=-.05$), somatik obsesyon/sayma ve tekrarlama ($r=-.05$) ve STAI-durumluk ($r=.14$) ölçek panları arasında korelasyon bulunmamıştır. Klinik özellikler ve BİTE arasında korelasyona bakıldığında hastanın yaşı ($r=.09$), hastalık süresi ($r=-.04$) ve hastalık başlangıç yaşı ($r=.11$) arasında bir korelasyon gözlenmemiştir.

Tablo 10. Ölçekler arasında anlamlı bulunan korelasyon değerleri

	Padua ruminasyon	Padua temizlik	Padua dürtü	Padua kontrol	BİTE	YTT	STAI-sürekli
BKİ	.05	.11	.18	.13	.50**	.17	.06
Padua toplam	.89**	.73**	.71**	.84**	.32**	.28**	.57**
Padua ruminasyon	1	.49**	.67**	.70**	.33**	.18	.68**
Paduatemizlik		1	.32**	.46**	.18	.26**	.27**
Padua dürtü			1	.49**	.33**	.32**	.51**
Padua kontrol				1	.25*	.19	.39**
BİTE					1	.22*	.24*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Yeme puanları ile ilişki gösteren değişkenlerin hiyerarşik regresyonu

Korelasyonda yeme testleri ile arasında ilişki saptanan OK belirti boyutları cinsiyet, BKI gibi OKB kliniğinden ayrı bir etken olup ancak bozulmuş yeme davranışına katkısı olduğu bilinen değişkenlerin ve genel anksiyete seviyesini ölçen STAI sürekli puanının etkisi kontrol edilerek regresyona önerilmiştir. Anksiyete düzeyinin yeme semptomlarını OKB'tan daha iyi predikte edip etmediğini araştırmak için STAI puanı OK belirti boyutlarının etkisi kontrol edildikten sonra regresyona önerilmiştir.

İlk regresyon denklemi, OKB alt skalaları ile anorektik yeme davranışı arasındaki ilişkileri araştırmaya yönelik olarak formüle edilmiş ve bu analizde anorektik yeme davranışını ölçen YTT bağımlı değişken olarak alınmıştır. Kontrol değişkenleri olarak cinsiyet ve BKI ilk adımda denkleme sokularak açıkladıkları varyans istatistiksel olarak kontrol edilmiştir. İkinci adımda ise denkleme YTT puanları ile anlamlı korelasyon gösteren padua envanterinin padua temizlik ve padua dürtü alt skalaları eklenmiştir. YTT puanları ile anlamlı korelasyon göstermeyen STAI değerleri regresyon formülüne alınmamıştır.

Formüle edilen bu regresyon denklemi sonuçlarına göre, ilk basamakta birlikte girilen cinsiyet ve BKI'nden sadece cinsiyet anlamlı bir ilişki göstermiştir ($\beta = .27$, $t(98) = 2.7$, $p < .01$, $pr = .27$). Buna göre OKB hastaları için kadın cinsiyette olma anorektik yeme davranışı için risk teşkil etmektedir. Bu kontrol değişkenin açıkladığı varyans %7 olarak bulunmuştur ($F_{\text{değişim}} [1,98] = 7.5$, $p < .01$). Açıklanan bu varyans kontrol edildikten sonra, “padua temizlik” ve “padua dürtü” alt ölçekleri regresyona önerilmiştir. Ölçeklerden sadece padua dürtü YTT puanını predikte etmiştir ($\beta = .27$, $t(97) = 3.0$, $p < .01$, $pr = .27$). Bu değişkenin de denkleme girmesiyle ($F_{\text{değişim}} [1,97] = 9.1$, $p < .01$) açıklanan toplam varyans %15'e ulaşmıştır. Bu sonuca göre, cinsiyetin açıkladığı varyans kontrol edildikten sonra, “padua dürtü” deki artış halen anorektik yeme davranışındaki artışla eşleşmektedir (Tablo 11).

İkinci regresyon denklemi, OKB alt skalaları ile bulimik yeme davranışı arasındaki ilişkiyi araştırmaya yönelik olarak formüle edilmiş ve bu analize bulimik yeme davranışını ölçen BİTE bağımlı değişken olarak alınmıştır. Kontrol değişkenleri (cinsiyet ve BKI) ilk basamakta regresyona alınmıştır. Açıkladıkları varyans istatistiksel olarak kontrol

edildikten sonra ikinci basamakta anksiyete seviyesinin yeme üzerine etkisini araştırmak için BİTE ile önemli korelasyon gösteren STAI-sürekli anksiyete ölçeği regresyona önerilmiştir. STAI-sürekli ölçeğinin açıkladığı varyansta kontrol edildikten sonra regresyona korelasyonda BİTE ile pozitif yönde anlamlılık gösteren padua envanterinin “padua ruminasyon”, “padua dürtü” ve “padua kontrol” alt skalaları önerilmiştir. Bulimiya için oluşturulan ikinci regresyon denkleminde ikinci basamakta OK belirti boyutları alındıktan sonra üçüncü basamakta STAI-sürekli anksiyete puanı regresyona önerilmiştir.

Formüle edilen bu regresyon denklemi sonuçlarına göre, ilk basamakta birlikte girilen cinsiyet ve BKİ’inden sadece BKİ anlamlı bir ilişki göstermiş ($\beta = .50$, $t(98) = 5.7$, $p < .001$, $pr = .50$) ve bu değişkenin açıkladığı varyans %25 olmuştur ($F_{değişim} [1,98] = 32.6$, $p < .001$). Buna göre OKB hastaları için BKİ’indeki artış bulimik yeme davranışındaki artışla birlikte dir. İkinci basamakta regresyona giren STAI-sürekli anksiyete ölçeği önemli bir β sergilemiş ($\beta = .21$, $t(97) = 2.5$, $p < .05$, $pr = .25$) ve bu basamakta açıklanan varyans %30’a ulaşmıştır ($F_{değişim} [1,97] = 6.3$, $p < .05$). BKİ’nin etkisi kontrol edildikten sonra da STAI-sürekli anksiyete puanındaki artış bulimik yeme davranışının artışıyla eşleşmektedir. Üçüncü basamakta “padua ruminasyon”, “padua dürtü” ve “padua kontrol” alt ölçekleri regresyona önerilmiş, bu alt ölçeklerden sadece padua ruminasyon regresyona girmiş ($\beta = .30$, $t(96) = 2.6$, $p < .05$, $pr = .26$) ve açıklanan varyans %34’e ulaşmıştır ($F_{değişim} [1,96] = 6.9$, $p < .05$). İkinci kurulan bulimiya denkleminde; ikinci basamakta regresyona önerilen OKB skalalarından ruminasyon anlamlı ilişki göstermiştir ve açıklanan varyans % 34’e ulaşmıştır ($F_{değişim} [1,97] = 13.6$, $p < .001$) (Tablo 11). OKB skalalarından sonra üçüncü basamakta regresyona önerilen STAI-sürekli anksiyete puanı ise anlamlı bir değişiklik göstermemiştir. Böylece STAI-sürekli anksiyete ikinci basamakta denkleme girdiğinde açıklanan varyans farkı %5 iken, padua ruminasyon ikinci basamakta regresyona girdiğinde bu fark %9 olmuştur.

Tablo 11. Yeme puanları ile ilişki gösteren değişkenlerin hiyerarşik regresyonu

	df	F değişim	standardize β	t	pr	R ²
YTT için prediktörler						
1.basamak	1,98	7.46**				.07
cinsiyet	98		.27	2.73**	.27	
2.basamak	1,97	9.06**				.15
padua dürtü	97		.27	3.01**	.27	
BİTE için prediktörler						
Birinci denklem						
1.basamak	1,98	32.57***				.25
BKI	98		.50	5.71***	.50	
2.basamak	1,97	6.28*				.30
STAI-sürekli anksiyete	97		.21	2.51*	.25	
3.basamak	1,96	6.85*				.34
padua ruminasyon	96		.30	2.62*	.26	
İkinci denklem						
1.basamak	1,98	32.57***				.25
BKI	98		.50	5.71***	.50	
2.basamak	1,97	13.64***				.34
padua ruminasyon	97		.30	3.69***	.35	

*p <.05, **p <.01, ***p <.001

TARTIŞMA

YB ve OKB ilişkisi uzun zamandır bilinmektedir. İki bozukluk arasında bir ilişki olduğunu düşündüren veriler daha çok fenomenolojik özelliklerden gelse de bu iki bozukluğun ortak etyopatogeneze sahip olabileceğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Bununla birlikte bu görüşü desteklemeyen bulgular da mevcuttur. OKB tanılı hastalarda değişen oranlarda YB komorbidite oranları bildirilmiştir, fakat bu hastalarda semptomatik düzeyde bozulmuş yeme semptomlarının ne sıklıkla görülebileceğini ve bu bozulmuş yeme davranışının hangi OKB belirti boyutuyla ilişkili olabileceğini araştıran sistematik çalışmaların sayısı oldukça azdır. OKB'lu hastalarda bozulmuş yeme davranışının sıklığının ve OK belirti boyutlarının bozulmuş yeme davranışını yordayıcı etkisinin araştırıldığı çalışmamızın sonuçları OKB ve YB ilişkisine destek sağlamıştır.

Örnekleme grubunu daha iyi tanımlayabilmek ve yeme bozukluğu ile ilişki gösterebilecek OK belirti boyutlarını saptayabilmek için yaptığımız faktör analitik çalışmada altı faktör elde edilmiş ve bunlar “simetri”, “temizlik”, “kuşku/ kontrol”, “pür obsesyonlar”, “istifçilik” ve “somatik obsesyon/sayma ve tekrarlama kompulsiyonları” olarak isimlendirilmiştir. Ulaşılan faktör çözümü arada bazı farklılıklar olmakla birlikte önceki çalışmalarda ortaya konan faktör yapılarıyla benzerlik göstermiştir. Çoğu çalışmada 1-kontrol etme, 2-kontaminasyon/temizlenme, 3-simetri/titizlik ve 4-agresif, cinsel ve dinsel obsesyonları yansıtan faktörler ortaya çıkmaktadır⁽¹¹⁸⁾.

Bozulmuş yeme davranışını yordayıcı faktörlerin araştırılmasının hedeflendiği çalışmamızda YBOCS semptom listesinden elde edilen faktörler YTT ve BİTE ile önemli bir korelasyon göstermemiş ve regresyon denkleminde alınmamıştır. Tartışmamız OKB'lu hastalarda bozulmuş yeme davranışı görülme oranı, yeme davranışı ile ilişkili bulunan sosyodemografik ve klinik özellikler ile padua alt ölçekleri üzerinde yoğunlaşmıştır.

OKB'lu hastalarda bozulmuş yeme davranışı görülme sıklığı

OKB için o sıradaki komorbiditelerin değerlendirildiği çalışmamızda her ne kadar DSM-IV tanı kriterlerine göre bir yeme bozukluğu eş tanısı tespit edilmese de, BİTE ve YTT'ne göre saptanan bozulmuş yeme davranışı gösterme oranı %35 olarak saptanmıştır.

Erol ve arkadaşlarının⁽¹¹⁹⁾ (2000) öğrenci örnekleminde YTT kullanarak bozulmuş yeme davranışının sıklığını araştırdıkları bir çalışmada kadınların %6,1'inin, erkeklerin %1,6'sının YTT puanı kesim noktasının üzerinde puan aldıkları bildirilmiştir. İlhan ve arkadaşlarının⁽¹²⁰⁾ (2005) çalışmasında ise tüm öğrencilerin %13,7'sinde bozulmuş yeme semptomları olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda OKB hastaları için YTT'ne göre bu oran %11, BİTE'ne göre %27, her iki test sonucunu bir arada değerlendirdiğinde ise %35 oranındaydı. Bu sonuçlar OKB'ta bozulmuş yeme davranışının normal popülasyona göre daha sık görülebileceğine işaret etmektedir.

Yeme bozukluğu belirtileri ile ilişkili sosyodemografik ve klinik özellikler

Yeme bozukluklarının gelişiminde sosyoekonomik durum, kişilik özellikleri, obezite, yeme ve kilo ile ilgili endişeler, ailede AN öyküsü, affektif bozukluklar, OKB, madde kötüye kullanımı ve erken menarş gibi özellikler risk etkeni olarak bildirilmekle birlikte bu etkenlerden özellikle cinsiyetin rolü bir çok çalışmada ortaya konmuştur^(13,121,122). Yeme bozukluklarının daha çok kadınlarda görülmesi, toplumsal cinsiyet rolleri ile açıklanmaya çalışılmıştır; kadınların özerkliklerini doğrudan ifade edemedikleri, boyun eğici davrandıkları, bu özelliklerin de benlik algısında düzensizlikler ve benlik saygısında azalma ile yeme bozukluğu gelişimine zemin hazırladığı ileri sürülmektedir⁽¹²¹⁾. Anoreksiya nervozanın kadınlarda erkeklerden 10-20 kat daha fazla görüldüğü⁽¹²³⁾, ayrıca bulimik hastaların yalnızca %10-15'inin erkek olduğu bildirilmektedir⁽⁶³⁾. Çalışmamızda kadın hastalar her iki yeme testinden erkek hastalara göre daha yüksek puan almışlardır, bunlardan sadece YTT'deki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bozulmuş yeme davranışı olan ve olmayan hasta grupları cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir durumu, eğitim düzeyi, komorbidite, ailede OKB öyküsünün varlığı, tedavi ve ek antipsikotik kullanımı açısından karşılaştırıldığında sadece anksiyete bozukluğu eş tanısı alma oranları arasında fark saptanmıştır. Bozulmuş yeme davranışı gösteren hastaların bozulmuş yeme davranışı göstermeyen hastalara oranla daha fazla anksiyete bozukluğu eş tanısı aldığı bulunmuştur. Farklılığı sağlayan özgül tanı grupları araştırıldığında özgül fobi eş tanısının bozulmuş yeme davranışı olan hastalarda bozulmuş yeme davranışı olmayan

hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Diğer komorbid durumlar için istatistiksel farklılık saptanmadı. Birçok çalışmada farklı oranlar bildirilmekle birlikte yeme bozukluklarına yüksek oranda anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği bildirilmiştir. Kaye ve arkadaşları⁽¹²⁴⁾ yeme bozukluğu olan hastaların %64'ünde hayatları boyunca en az bir kez anksiyete bozukluğu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Godart ve arkadaşlarının⁽¹²⁵⁾ YB'da yaşam boyu komorbiditeyi araştırdıkları çalışmalarında AN'da %83, BN'da %71 oranında anksiyete bozukluğu saptamış ve her iki tanı grubu arasında anksiyete bozukluğunun eşlik etmesi açısından istatistiksel farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmada özgül fobi görülme oranı AN'da %45, BN'da %21 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda özgül fobi, bozulmuş yeme davranışı gösteren hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla saptanmıştır. Aynı zamanda daha önceki çalışmalarda yeme bozukluklarıyla diğer anksiyete bozuklukları ilişkisi üzerinde araştırma yapılmışsa da özgül fobinin yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğunu bildiren çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde yeme bozukluklarında yüksek oranda anksiyete bozukluğu komorbiditesini bildiren çalışmaların yanı sıra yeme davranışı anksiyete ilişkisini destekleyen başka araştırmalar da bulunmaktadır. Örneğin Canals ve arkadaşları⁽⁸⁶⁾ ergenlerle yaptıkları bir çalışmada yeme bozukluğu belirtilerinin en iyi yordayıcı faktörlerinin düşük benlik saygısı ve yüksek anksiyete düzeyi olduğunu bulmuşlardır⁽⁸⁶⁾. Vardar ve arkadaşları⁽⁸⁷⁾ sağlıklı atlet bayanlarda, YTT'ne göre bozulmuş yeme davranışı sergileyen atletlerin, sergilemeyenlere göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinden anlamlı derecede daha yüksek skorlar aldıklarını saptamışlardır.

Yeme bozukluğunu predikte eden faktörler

Kontrol değişkenlerinden YTT için ilk basamakta girilen cinsiyet ve BKİ'nden sadece kadın cinsiyette olma anorektik yeme davranışını predikte ederken, BİTE için ilk basamakta girilen cinsiyet ve BKİ ile ikinci basamakta girilen STAI-sürekli anksiyete değişkenlerinden BKİ ve STAI-sürekli anksiyete bulimik yeme davranışını predikte etmiştir. Anksiyete düzeyinin OKB skalalarına göre yeme semptomlarını daha iyi predikte edip etmeyeceğini test etmek için OKB skalalarından sonra regresyona önerilmiş ve anksiyetenin bulimiyayı predikte etmediği gözlenmiştir. Bu sonuç bize bulimiya için

anksiyetenin OKB'tan daha iyi bir yordayıcı olmadığını göstermektedir. Yakın zamanda öğrenci örnekleminde obsesif kompulsif belirtilerin yeme bozukluklarını yordayıcı etkisini araştıran bir çalışmada, anorektik yeme davranışını anksiyete, depresyon ve OK belirtilerden hiç birinin predikte etmediği, bulimik yeme davranışını ise anksiyete, depresyon ve OK belirti boyutlarından yıkamanın predikte ettiği bulunmuştur⁽¹²⁶⁾. Bu çalışmada, hiyerarşik çoklu regresyon bulimia semptomlarını predikte etmede, panik ve depresyonun OK belirtilerden daha iyi olduğunu göstermiştir⁽¹²⁶⁾. Bu bulgu bizim sonuçlarımızı desteklemese de, bu konuda yapılmış önemli bir çalışmadır. OK belirtiler, anksiyete ve depresyon düzeylerinden hangisinin yeme bozukluklarıyla daha çok ilişkili olduğunu söyleyebilmek için veriler kısıtlı olup, bu alanda yapılacak daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Cinsiyetin anorektik yeme davranışını yordaması yeme bozukluklarının daha çok kadınlarda görülmesi bilgisiyle uyumludur. Çalışmaların çoğu kadın cinsiyet ile anorektik yeme davranışı arasında ilişki bulunduğunu bildirirken^(126,127), İlhan ve arkadaşlarının⁽¹²⁰⁾ çalışmasında cinsiyetler arasında fark olmadığı bildirilmektedir. Yeme bozuklukları gelişimini açıklayan kuramlar sosyo-kültürel etkenleri de içermektedir. Modern toplumlarda kadının değerinin, daima genç, ince, çekici kalmasına bağlı olduğu vurgulanmaktadır⁽¹²⁸⁾. Ülkemizde de anorektik yeme davranışı için kadın cinsiyetin yordayıcı olması, beklenen bir bulgudur. Çalışmamızda bulimik yeme davranışını ölçen BİTE skorunda kadınların puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, buna karşın kadın cinsiyet regresyonda önemli bir prediktör olarak saptanmamıştır.

BKI sadece bulimik yeme davranışı için yordayıcı bulunmuştur ve tek başına varyansın önemli bir kısmını açıklamıştır (%25). BKI'indeki artış bulimik yeme davranışındaki artışla birliktedir. Bu ilişki iki yönlü olabilir, BKI'indeki artış kilo ve vücut görünümüyle ilgili kaygıları arttırarak bulimik yeme davranışının artmasına neden olabileceği gibi bulimik yeme davranışı BKI'inde artışa yol açıyor olabilir. Literatürde de BKI ile yeme tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirten araştırmalar yer almaktadır^(129,130). Nunes ve arkadaşları⁽¹²⁹⁾ kolej öğrencilerinde yaptıkları çalışmada, BKI'indeki artışla birlikte bozulmuş yeme davranışında arttığını ortaya koymuşlardır. Çalışmamızda, BKI anorektik yeme davranışı için bir prediktör olarak saptanmamıştır. Bu

sonuç, anorektik yeme davranışına sahip hastaların patolojilerinin daha çok bozulmuş beden imajıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kontrol değişkenlerinin açıkladığı varyans kontrol edildikten sonra obsesif kompulsif belirti boyutlarından dürtü obsesyonlarının anorektik yeme davranışını, ruminasyonların ise bulimik yeme davranışını predikte ettiği bulunmuştur. Dürtü obsesyonlarını içeren maddeler incelendiğinde (belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici şeyler yapmaktan korkarım, araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir şeylere doğru sürmeye zorlar vb.) bunların daha çok motor davranışlar üzerindeki kontrolü kaybetme dürtü ve endişesi ile ilgili oldukları görülmektedir. Ruminasyonun içerdiği maddelere bakıldığında ise (belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığımda, onlara takılıp kalırım, kendi isteğim dışında, hoşuma gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam, önemsiz meselelerde bile, zor karar verebilirim, dalgınlığının veya yaptığım küçük hataların felaket sonuçlar doğuracağını düşünürüm vb.) bunların kişinin istemediği halde zihninden uzaklaştıramadığı düşünceler, karar vermede güçlük, gerçekleşme ihtimali düşük olan durumlar konusunda aşırı zihinsel uğraş ile ilişkili olduğu görülmektedir. Dürtü kontrolünü kaybetme korkuları anorektik hastadaki yemekten kaçınmayı anımsatırken, ruminasyon başlanan bir şeyi durduramamayı, dolayısıyla tıknırcasına yeme ataklarının durdurulamamasını çağrıştırmaktadır.

Birçok çalışmada OK belirtilerin YB ile ilişkisi ortaya çıkartılmışsa da, bunlardan çok azı bu semptomların yordayıcı etkilerini araştırmıştır^(14,126). Bu çalışmalardan Erol ve arkadaşlarının çalışması YB-OKB ilişkisine güçlü kanıt sunarken, diğeri YB-OKB ilişkisini desteklememiştir. Erol ve arkadaşları⁽¹⁴⁾ öğrencilerde OK belirtiler, benlik saygısı, dış kontrol odağı, BKI, anksiyete ve depresyon düzeylerini tespit ederek bu değişkenlerin YTT toplam puanını yordayıcı etkilerini araştırmışlardır. YTT toplam puanını en iyi yordayan OK belirtiler, ikincisi ise BKI olmuştur. Bu çalışmada bir çok faktörün bir arada değerlendirilmiş olması YB-OKB ilişkisinin daha açık bir şekilde ortaya çıkmasını sağlamıştır. Ancak bu çalışmada OK belirti çeşitlerinin ilişkisi araştırılmamıştır. Bizim bulgularımıza göre OKB hastalarında anorektik yeme davranışı, dürtü obsesyonlarının artmasıyla orantılı olarak artmaktadır. Diğer yandan ruminasyon puanındaki artış bulimik yeme davranışının artışıyla birlikte artmaktadır. Bulgularımız, Claes ve arkadaşlarının⁽⁹⁾ yeme

bozukluklarında impulsif ve kompulsif özellikleri araştırdıkları çalışmanın sonuçlarıyla kısmen uyumludur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; BN hastaları kontrollere oranla daha fazla ruminasyon ve dürtü obsesyonlarına, kısıtlayıcı tip AN'lı hastalara oranla da daha fazla ruminasyonlara sahip bulunmuştur. Yine bu çalışmada yazarlar⁽⁹⁾, AN bulimik tipteki hastaların kontrole kıyasla padua ruminasyon ve padua dürtülerden yüksek puanlar aldıklarını saptamışlardır. İmpulsif zelliklerin de araştırıldığı bu çalışmada AN bulimik tip ve BN'nın benzer impulsivite gösterdiklerini, AN kısıtlayıcı tipten farklı olarak bu iki yeme bozukluğunun impuls kontrol bozuklukları ile ilişkili olduğunu bulmuşlar ve BN'da davranışlar (rn. agresif ve artmış seksüel davranış) zerine kontrol kaybı hakkında dürtü ve kaygılar ile ilgili obsesyonel düşüncelerin fazla olmasının BN'lı hastaların impulsif özelliklerine bir yanıt olabileceğini ileri sürmüşlerdir. BN ve AN bulimik tipin AN kısıtlayıcı tipe göre impulsivite ile daha çok ilişkili olduğu başka çalışmalarla da desteklenmiştir^(131, 132). Ancak AN alt tiplerinde impulsivite ve prognozun incelendiği bir izlem çalışmasında kısıtlayıcı ve bulimik tip AN hasta grupları, madde kullanımı, kleptomani, intihar girişimi, BKB, prognoz ve morbidite açısından karşılaştırılmış ve aralarında farklılık bulunmamıştır⁽¹³³⁾. OKB'un klinik özellikleri ile OKSB'nın küme analizinin yapıldığı bir çalışmada her iki YB (AN ve BN) impuls kontrol bozuklukları ile bir arada kümelenmiştir⁽¹³⁴⁾.

Çalışmamızda yeme bozukluğunu predikte eden faktörlerin açıkladıkları nihai varyans YTT için %17, BİTE için %35 olarak bulunmuştur. OKB skalalarının tek başına açıkladıkları varyans ise YTT için %7 (dürtü obsesyonu), BİTE için %9 (ruminasyon) olmuştur. Bu sonuçlar YB'nun birkaç faktörle açıklanamayacağını, araştırılması gereken birçok faktörün daha olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak bulgularımız YB ve OKB ilişkisini desteklemiştir. Biz OK belirti boyutlarından dürtü obsesyonlarının anoreksiyayı, ruminasyon ve anksiyetenin bulimiyayı predikte ettiğini ve bulimiya semptomlarını predikte etmede, ruminasyonun anksiyeteden daha güçlü olduğunu bulduk. Buna göre dürtü obsesyonları olan OKB hastalarının anorektik yeme davranışlarında, ruminasyon puanları yüksek olan OKB hastalarının ise bulimik yeme davranışında artışlar görülmektedir. Bu sonuçlar daha önce OKB'un yeme bozuklukları gelişimi için bir risk olduğunu bildiren çalışma sonuçları ile uyumludur^(13,14).

Obsesif kompulsif belirti boyutlarından temizlik ve kontrol, bozulmuş yeme semptomlarıyla ilişkili bulunmasına rağmen bu değişkenlerin yordama gücü anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları ve öneriler

YB-OKB ilişkisiyle ilgili çoğu çalışma kategorik tanıya odaklanır. Kategorik tanıya dayalı çalışma sonuçları komorbidite durumları için bir ilişki olduğunu gösterir ancak bunun diskriminant geçerliliğini vermez. Birçok hastalıkta hastalık şiddeti arttıkça komorbid durumlar artmaktadır. Eşlik eden komorbiditenin spesifitesini ölçmek için kategorik tanılardan ziyade sürekli puanları ölçen testler değerlendirme aracı olarak kullanılmalı ve bunun diskriminant geçerliliği araştırılmalıdır. Çalışmamızda OKB ve eşlik eden yeme patolojileri bu bağlamda değerlendirilmiştir. Komorbid durumların saptanmasının yanı sıra OKB ve YB semptomatolojisini ölçen ölçeklerle değerlendirmeler yapılmıştır. Ancak kullandığımız BİTE ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının olmaması kısıtlılıklarımızdandır. YB-OKB ilişkisini incelerken gözönünde bulundurulması gereken başka bir konu YB'nun OKB dışında diğer anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları ile de sık komorbidite göstermesidir. Çalışmamızda OKB'a %59 oranında bir başka psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptanmıştır. Eşlik eden tanılar bozulmuş yeme davranışının ortaya çıkışında bir etken olabilir. Bu nedenle çalışmamızdaki hastaların hepsinin pür OKB olmaması kısıtlılıklarımızdandır. Bu çalışmadaki hastalar yüksek oranda antiobsesyonel tedavi almakta ve bazı hastalar ek antipsikotik kullanmaktaydı. İlaçlar yan etki olarak iştahta artışa ve sonuçta kilo alımı nedeniyle vücut görünümüyle ilgili kaygılara neden olabilirler. Her ne kadar bozulmuş yeme davranışı olan ve olmayan hastalar arasında antiobsesyonel tedavi ve ek antipsikotik kullanımı bakımından fark saptanmamışsada, bütünüyle ilaçların iştah üzerine olan etkilerinin ekarte edilememiş olması bir başka kısıtlılığımızdır. Başka bir sınırlılığımız ise bu sonuçların başka psikiyatrik hastalık gruplarında veya sağlıklılarda karşılaştırılarak test edilmemiş olmasıdır.

Literatürde YB ile OKB ilişkisini inceleyen çalışmalar içerisinde OK belirtilerin YB'nu yordayıcı özelliklerini araştırın çalışmaların sınırlı sayıda olduğu gözlenmektedir. Daha büyük örneklem grupları ile farklı anksiyete bozukluklarında içeren karşılaştırmalı

yapılacak yeni çalışmalar, bilinen YB-OKB ilişkisinin geçerliliğini daha iyi test etmemizi ve YB'nu yordayan diğer faktörlerin neler olduğunu daha iyi anlamamızı sağlayacaktır. Bu çalışmalarda bulunacak yeni yordayıcı faktörler OKB'lu hastalardaki bozulmuş yeme davranışlarının öngörülmesine olanak sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Solyom L, Freeman RJ, Miles JE. A comparative psychometric study of anorexia nervosa and obsessive neurosis. *Can J Psychiatry* 1982; 27(4):282-6.
2. Saxena S. Neuroimaging and the pathophysiology of obsessive-compulsive disorder. In: Fu C, Senior C, Russell T, Weinberger D, Murray R (eds.) *Neuroimaging in Psychiatry*. London, UK: Martin Dunitz 2003;191-224.
3. Kaye W, Strober M, Jimerson D. The neurobiology of eating disorders. In: Charney DS, Nestler EJ (eds.) *The Neurobiology of Mental Illness*. New York, NY: Oxford Press, 2004;1112-1128.
4. Rubenstein CS, Pigott TA, Altemus M. et al. High rates of comorbid OCD in patients with bulimia nervosa. *Eat. Disord. J. Treat. Prev.* 1993;1:147–155.
5. Fahy TA, Oscar A, Marks I. History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1993;14: 439–443.
6. Godart NT, Flament MF, Curt F, et al. Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: A DSM-IV controlled study. *Psychiatry Res.* 2003;117: 245–258.
7. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.* 1994;24; 859–867.
8. Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M, et. al. Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995;152(1):72-5.
9. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences.* 2002;32 :707–714.
10. Jimenez-Murcia S, Aranda FF, Raich RM, et al. Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2007;61:385–391.
11. Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnicov KH, et al. Persistent perfectionism, symmetry and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995;152(11):1630-1634.

12. Ranson KM, Kaye WH, Weltzin TE, et al. Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1999;156:1703-1708.
13. Fairburn CG, Mphil DM, Cooper Z, et al. Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:468-476.
14. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13(1):48-57.
15. Akgün N. Obsesyonel Nevroz. 1. baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 1989:s.20–24.
16. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scand* 1994;(suppl 376):24 –35.
17. Price LH, Rasmussen SA, Eisen JL, The naturel history of obsessive compulsive disorder, *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(2):131-132.
18. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55(suppl-19):5–10.
19. Rasmussen SA, Tusuang MT. Clinical characteristics and family history in obsessive compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry* 1986;143:317-322.
20. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US. Communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094-99.
21. Stein MB, Forde DR, Anderson G, et al. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry* 1997;4:1120-1126.
22. Doğan O, Gülmez H, Ketenöglü C, ve ark. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas, Dilek Matbaası, 1995; s. 50-52.
23. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, ve ark. Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comp Psychiatry* 2004;45:367-374.
24. Lensi P, Cassano G, Corredu G, et al. Obsesive compulsive disorder : Familial – developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender- related differences. *Br. J. Psychiatry* 1996;169: 101-107.

25. Eisen JL, Rasmussen SA. Phenomonoloji of obsessive–compulsive disorder. Stein DJ, Hollander E (ed.), *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington , DC American Psychiatric Publishing 2002; s.173-89.
26. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, ve ark. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2005; 21 (3):112-7.
27. Deniz F. Manisa İl Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, 2005.
28. Rapoport JL. The waking nightmare: an overview of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51 Suppl:25-8.
29. Tükel R, Polat A, Genç A, ve ark. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004;45(5):362-6.
30. Şahin AR. Obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Temel Kitabı'nda*. 1.Cilt (Ed: Güleç C, Köroğlu E), Hekimler yayın birliği. Ankara, 1998;493-504.
31. Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş, ve ark. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konan bir grup hastada obsesyonların fenomenolojik özellikleri. *Kriz dergisi* 1995;3(1-2);124-128.
32. Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006;8(1);1-5.
33. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992; 15:743-758.
34. Foa E.B, Kozak M. DSM-IV field trial: obsessive compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry* 1995;152; 90-96.
35. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, et al. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(4):335-41.
36. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(1):19-27.
37. Lochner C, Stein DJ. Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harv Rev Psychiatry* 2003;11: 113- 132.

38. Jaisoorya TS, Janardhan Reddy YC, Srinath S. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? findings from an Indian study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12: 290-297.
39. Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, et al. Gender in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic findings. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2004;14: 105-113.
40. Albert U, Maina G, Ravizza L, et al. An exploratory study on obsessive-compulsive disorder with and without a familial component: are there any phenomenological differences? *Psychopathology* 2002; 35: 8-16.
41. Turksoy N, Tukul R, Ozdemir O ve ark. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2002;16: 413-423.
42. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, et al. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156: 1409-1416.
43. Grados MA, Riddle MA, Samuels JF, et al: The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 559-565.
44. Nestadt G, Addington A, Samuels J, et al. The identification of OCD related subgroups based on comorbidity. *Biol Psychiatry* 2003;53: 914-920.
45. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2005;162; 228-238.
46. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994;55: (Suppl.): 18-23.
47. Leckman JF, Zhang H, Alsobrook JP, et al. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: towards quantitative phenotypes. *American Journal of Medical Genetics* 2001;105:28-30.
48. Cochran LW, Smith, MJ, Greenberg, BD, et al. Factor analysis of symptoms in obsessive-compulsive disorder. 2001 Presented at the 5th International Obsessive Compulsive Disorder Conference. Sardinia; Italy

49. Castle DJ, Phillips KA. Obsessive-compulsive spectrum of disorders: a defensible construct? *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40(2):114-20.
50. Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, et al. Obsessive-compulsive disorder: Comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 1994;55(suppl. 10): 15-27.
51. Tükel R, Polat A, Ozdemir O, ve ark. Comorbid conditions in obsessive compulsive disorder. *Comp Psychiatry* 2002;43:204-209.
52. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, ve ark. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:5-13.
53. Lopez-Ibor JJ. The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. *Br J Psychiatry* 1988;153(Suppl 3): 26-39.
54. Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA et al. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:53- 60.
55. Barr LC, GoodmanWK, Price LH et al. The serotonin hypothesis of obsessive compulsive disorders. Implications of pharmacologic challenge studies. *J.Clin Psychiatry* 1992;53; 17-28.
56. Laplane D, Levasseur M, Pillon B, et al. obsessive compulsive and other behavioural changes with bilateral basal ganglia lesions. *Brain* 1989;112; 699-725.
57. Bystritsky A, Ackerman DL, Rosen RM, et al. Augmentation of serotonin reuptake inhibitors in refractory obsessive-compulsive disorder using adjunctive olanzapine: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2004;65;565-8.
58. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2001; 55:623-627.
59. Seedat S, Stein DJ. Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2002;56:17-23.
60. Bellodi L, Scuito G, Diaferia et al. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 1992;42; 111-120.
61. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV. E. Köroğlu (Türkçe çeviri editörü). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.

62. Canat S. Yeme bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı'nda. 2.Cilt (Ed: Güleç C, Köroğlu E), Hekimler yayın birliği, Ankara, 1998; 661-672.
63. Boerner LM, Spillane NS, Anderson K.G, et al. similarities and differences between women and men on eating disorder risk factors and symptom measures. *Eat Behav.* 2004; 5; 209-222.
64. Demer MM, Taşkın EO. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Yeme Bozuklukları İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2002;39:9-19.
65. Rothenberg A. Eathing disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psichiatri* 1986; 49:45-53.
66. Hsu LKG, Kaye W, Weltzin T. Are the eating disorders related to obsessive-compulsive disorder? *International Journal of Eating Disorders* 1993;14:305-318.
67. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: An overview. *Psychiatric Annals.* 1993;23:355-358.
68. Bartz JA, Hollander E. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress İn Neuro-Psychopharmacology&Biological Psychiatry* 2006;pp.1-15.
69. Monteleone P. Eating disorders and obsessive-compulsive disorder; phenomenological and biological similarities. *Current Opinion in Psychiatry* 2000;13:665-71.
70. Bastiani AM, Altemus AM, Pigott TA, et al. Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nevrosa and obsessive-compulsive disorder. *Biol Pschiatry* 1996; 39: 966-969.
71. Özsoylar G, Sayın A, Candansayar S. Panik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Yeme Tutumları Açısından Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:17-24.
72. Grabe H J, Thiel A, Freyberger HJ. Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;102, 449-453.
73. Pigott TA, Altemus M, Rubenstein CS, et al. Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1991;148;1552-1557.

74. Rubenstein, C.S, Pigott TA, L'Heureux F, et al. A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1992;53, 309–314.
75. Denys D, Tenney N, van Megan JGM, et al. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2004; 80: 155-62.
76. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, et al. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(5):810-8.
77. Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LKB, et al. Patients with anorexia nervosa have elevated scores on Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale. *Int J Eat Dis.* 1992;12:57-62.
78. Hudson IJ, Pope HG, Jonas JM, et al. Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiatr Res.* 1983;9:345-354.
79. Deep AL, Nagy LM, Weltzin TE, et al. Premorbid onset of psychopathology in long-term recovered anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1995;17 (3):291–297.
80. Joffe RT, Swinson RP. Eating attitude test scores of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1987;144:1510-1511.
81. Fahy TA. Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders. *Behav Res Ther.* 1991;29(2):113-6.
82. Cooper PT. Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In: *Eating Disorders and Obesity*, Brownell KD, Fairburn CG. Newyork, The Guilford Press, 1995;Vol:28: 159-164.
83. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, et al. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 1991; 48:712-718.
84. Kuruoğlu AÇ. Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10(1): 32-37.
85. Jarry JL, Vaccarino FJ. Eating disorder and obsessive-compulsive disorder: Neurochemical and phenomenological commonalities. *J Psychiatry Neurosci.* 1996; 21(1):36-48.
86. Canals J, Carbajo G, Fernández J, et al. Biopsychopathologic risk profile of adolescents with eating disorder symptoms. *Adolescence* 1996;31(122): 443-450.

87. Vardar E, Vardar SA, Kurt C. Anxiety of young female athletes with disordered eating behaviors. *Eating Behaviors* 2007;8:143-147.
88. Schwalberg MD, Barlow DH, Alger SA, et al. Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1992;101(4); 675-681
89. Diaz-Marsa M, Carrasco JL, Saiz J. A Study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *J. Personal Disorder* 2000;14(4):352-359.
90. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 1998;55:603-610.
91. Cassin SE, Von Ranson KM. Personality and eating disorders: A decade in press. *Clin. Psychol. Rev.* 2005; 25: 895–916.
92. Gartner AF, Marcus RN, Halmi K, et al. DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry.* 1989; 146(12):1585-91.
93. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, et al. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry.* 2003;160:242–247.
94. Wonderlich S.A. Personality and eating disorders. In: *Eating Disorders and Obesity.* Newyork, The Guilford Press, 1995; Vol:30:171-176.
95. Vitousek K, Manke F. Personality Variables and Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *J. Abnormal Psychology* 1994; 103(1):137-147.
96. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu J, et al. Personality disorder and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 2000;177: 457-62.
97. Kara H, Yazıcı K, Sayar MK, ve ark. Obsesif kompulsif bozuklukta kişilik özellikleri ve bozuklukları. *Yeni Symposium* 1996;34(3-4):55-59.
98. Black DW, Noyes R, Pfohl B, et al. Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry* 1993;150(8):1226-32.

99. Phillips KA, Kaye WH. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr.* 2007;12(5):347-358.
100. Enoch MA, Kaye WH, Rotondo A, et al. 5-HT2A promoter polymorphism - 1438G/A, anorexia nervosa, and obsessive-compulsive disorder. *Lancet.* 1998; 13: 1785-6.
101. Klump K, Gobrogge K. A review and primer of molecular genetic studies of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2005;37(suppl):S43-48.
102. Hemmings S, Stein D. The current status of association studies in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2006;29:411-444.
103. Bienvenu O, Samuels J, Riddle M, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry* 2000;48:287-293.
104. Cavallini MC, Bertelli S, Chiapparino D, et al. Complex segregation analysis of obsessive-compulsive disorder in 141 families of eating disorder probands, with and without obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet.* 2000; 96(3):384-91.
105. Bellodi L, Cavallini MC, Bertelli S, et al. Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158(4):563-9.
106. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, ve ark. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi.* 1999; 12: 233-236.
107. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The yale-brown obsessive-compulsive scale I: Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-1011.
108. Karamustafalıoğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M, ve ark. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Bursa, Savaş Ofset,* 1993: s. 86.
109. Sanavio E. Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behav Res Ther.* 1988;26:169-177.
110. Mataix-Cols DA. Spanish version of the Padua Inventory: factor structure and psychometric properties. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2002; 30:25–36.

111. Van Oppen P. Obsessions and compulsions: dimensional structure, reliability, convergent and divergent validity of the Padua Inventory. *Behav Res Ther.* 1992;30:631–637.
112. Beşiroğlu L, Agargun MY, Boysan M, ve ark. Obsesif-kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi: Padua Envanteri'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. *Turk Psikiyatri Derg.* 2005;16:179-189.
113. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating attitudes: An index of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979;9(2): 273-29.
114. Savaşır I, Erol N. Yeme tutum testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi* 1989;7(23): 19-25.
115. Henderson M, Freeman CP. A self rating scale for bulimia. The "BİTE". *Br J Psychiatry* 1987;150:18-24.
116. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for State-Trait Anxiety Inventory.* California, Consulting Psychologists Press, 1970.
117. Öner N, Le Compte A: *Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı.* İkinci basım, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 1998.
118. Wu KD, Watson D, Clark LA. A self-report version of the Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale Symptom Checklist: Psychometric properties of factor-based scales in three samples. *J Anxiety Disord.* 2007;21(5):644-61.
119. Erol A, Toprak G, Yazıcı F, ve ark. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordayıcı Olarak Kontrol Odağı ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2000;3:147-152.
120. İlhan MN, Özkan S, Aksakal FN, ve ark. Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. Poster bildirisi 2005. IX. Ulusal Halk Sağlığı Günleri
121. Cantrell PJ, Ellis JB. Gender role and risk patterns for eating disorders in men and women. *J Clin Psychol.* 1991;47(1):53-7.
122. le Grange D, Telch CF, Tibbs J. Eating attitudes and behaviors in 1,435 South African Caucasian and non-Caucasian college students. *Am J Psychiatry* 1998;155(2):250-4.

123. Olivardia R, Pope HG, Mangweth B, et al. Eating disorders in college men. *Am J Psychiatry* 1995;152(9):1279-85.
124. Kaye WH, Bulik C, Thornton L, et al. Co-morbidity of anxiety disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry* 2004;161: 2215–2221.
125. Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, et al. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry* 2000;15(1):38-45.
126. Wu KD. Eating disorders and obsessive–compulsive disorder: A dimensional approach to purported relations. *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 22(8):1412-20.
127. Siyez DM, Uzbaş A. Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki ilişki. *Yeni Symposium Dergisi* 2006;44(1);37-43
128. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet* 1993; 341:1631-1635.
129. Nunes MA, Olinto MTA, Camey S, et al. Abnormal eating behaviors in adolescent and young adult women from southern Brazil: Reassessment after four years. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41:951–956.
130. Moore F, Keek PK. Influence of sexual orientation and age on disordered eating attitudes and behaviors in women. *Int J Eat Dis.* 2003;34 (3): 370-394.
131. Sohlberg S. Impulse regulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: some formulations. *Behavioral Neurology* 1991;4:189–202.
132. Toner BB, Garfinkel PE, Garner DM. Cognitive style of patients with bulimic and diet-restricting anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1987;144:510–512.
133. Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ, et al. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord.* 2002;31(2):191-201.
134. Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, et al. Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Compr Psychiatry* 2005; 46(1):14-9.

EKLER

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sıra No:

. Tarih:

. Telefon:

. Adı Soyadı:

. Cinsiyeti: 1.Erkek 2.Kadın

. Yaş:

. Boy: Kilo:

. Medeni durumu: 1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış/dul

. Eğitim(yıl):

. Meslek:

. Gelir durumu: 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

. Yerleşim yeri: 1.Köy 2.İlçe 3.İl

. Hastalık başlangıç yaşı:

. Hastalık süresi(yıl):

. Hastaneye yatış sayısı ve toplam süresi:

. Ailede hastalık öyküsü: 1.var 2.yok

Varsa belirtiniz:

. Şimdiki Tedavi:

. Aile desteği:

EK-2

YEME TUTUMU TESTİ

- a. Daima d. Bazen
b. Çok sık e. Nadiren
c. Sık sık f. Hiçbir zaman

- a b c d e f 1. Başkaları ile birlikte yemek yemekden hoşlanırım.
() () () () () () 2. Başkaları için yemek pişiririm fakat pişirdiğim yemeği
yemem.
() () () () () () 3. Yemekden önce sıkıntılı olurum.
() () () () () () 4. Şişmanlamaktan ödüm koparım
() () () () () () 5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.
() () () () () () 6. Aklım fikrim yemektir.
() () () () () () 7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.
() () () () () () 8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.
() () () () () () 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.
() () () () () () 10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden
kaçınırım.
() () () () () () 11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.
() () () () () () 12. Ailem fazla yememi bekler.
() () () () () () 13. Yemek yedikten sonra kusarım.
() () () () () () 14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.
() () () () () () 15. Tek düşüncem daha fazla zayıf olmaktır.
() () () () () () 16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz
yaparım.
() () () () () () 17. Günde birkaç kere tartılırım.
() () () () () () 18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.
() () () () () () 19. Et yemekten hoşlanırım.
() () () () () () 20. Sabahları erken uyanırım.

21. Günlerce aynı yemeği yerim.
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.
23. Adetlerim düzenlidir.
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.
25. Şişmanlayacağım (vücudumu yağ kaplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.
26. Yemeklerimi yemek başkalarinkinden daha uzun sürer.
27. Lokantada yemek yemeyi severim.
28. Müshil kullanırım.
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.
35. Kabızlıktan yakınıyorum.
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.
37. Perhiz yaparım.
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.

EK-3

BULİMİA ARAŞTIRMA TESTİ (BİTE)

Evet Hayır

- () () 1-Günlük düzenli bir yeme alışkanlığınız var mı?
() () 2-Sıkı diyet yapan birimisiniz?
() () 3-Diyetinizi bir kez bıraksanız başarısızlık hisseder misiniz?
() () 4-Diyet yapmasanız bile her gün yediklerinizin kalorisini hesaplar mısınız?
() () 5-Bir gün boyunca hiç yemek yemediğiniz oldu mu?

6-Eğer olduysa ne sıklıkta?

Günaşırı Haftada 2-3 kez Haftada 1 kez, ara sıra Sadece bir kere

7-Kilo kaybetmenize yardımcı olması amacıyla aşağıdakilerden herhangi birini yaptınız mı?

Zayıflama hapı alma hiç ara sıra haftada bir haftada 2-3 kez her gün günde 2-3 kez günde 5den fazla

İdrar söktürücü alma hiç ara sıra haftada bir haftada 2-3 kez her gün günde 2-3 kez günde 5den fazla

İshal yapıcı alma hiç ara sıra haftada bir haftada 2-3 kez her gün günde 2-3 kez günde 5den fazla

Kendi kendini kusturma hiç ara sıra haftada bir haftada 2-3 kez her gün günde 2-3 kez günde 5den fazla

- () () 8-Yeme alışkanlıklarınız yaşamınızı ciddi derecede etkiliyor mu?
() () 9-Yiyeceklerin yaşamınızda ön plana çıktığını söyleyebilir misiniz?
() () 10-Hiç fiziksel bir rahatsızlık duyuncaya kadar durmadan yediğiniz oldu mu?
() () 11-Tüm zamanınızı yiyecekleri düşünerek geçirdiğiniz oldu mu?
() () 12-Başkalarının önündeki yemekleri izin alıp yediğiniz oldu mu?
() () 13-Yemek yemeyi istediğiniz zaman durdurabilir misiniz?
() () 14-Hiç tekrar tekrar yemek için kuvvetli bir isteğiniz oldu mu?
() () 15-Kendinizi gergin hissettiğinizde daha çok yemek yemeye eğilimli olur

musunuz?

- () () 16-Şişman olma düşüncesi sizi dehşete düşürüyor mu?
() () 17-Hiç öğünler dışında çok fazla yemeği hızla yediğiniz oldu mu?
() () 18-Yeme alışkanlıklarınızdan utanıyor musunuz?
() () 19-Ne kadar yediğinizi kontrol edememekten endişe duyuyor musunuz?
() () 20-Rahatlamak için yiyeceklere sarılır mısınız?

- 21-Yemeğin sonunda tabağınızda yemek bırakabilir misiniz?
- 22-Ne kadar yediğiniz konusunda yalan söyler misiniz?
- 23-Kendinizi ne kadar aç hissetmeniz ne kadar yiyeceğinizi belirler mi?
- 24-Aşırı miktarda yemeği çok kısa sürede tıknırcasına yediğiniz oldu mu?
- 25-Cevabınız evet ise bu durum sizi mutsuz etti mi?
- 26-Eğer tıknırcasına yemek yiyorsanız bunu sadece yalnızken mi

yapıyorsunuz?

27-Eğer tıknırcasına yemek yiyorsanız bu durum ne sıklıkla oluyor?

Çok nadir ayda bir kez haftada bir kez haftada 2-3 kez her gün günde 2-3kez

- 28-Tıknırcasına yemek yeme isteğini tatmin etmek için her yola başvurur musunuz?
- 29-Aşırı yemek yediğiniz zaman büyük bir suçluluk hisseder misiniz?
- 30-Hiç gizli gizli yemek yediğiniz oldu mu?
- 31-Yemek yeme alışkanlıklarınız normal olarak değerlendirilebilir rmi?
- 32-Kendinizi dürtüsel bir yiyici olarak değerlendirebilir misiniz?
- 33-Kilonuzda bir hafta içinde 2-3 kilodan fazla artış veya azalma oldu mu?

EK-4
PADUA ENVANTERİ

0.Hiç	1.Çok az	2.Çok	3.Epeyce çok	4.Aşırı
1. Paraya dokunduğumda ellerimi kirlenmiş hissedirim				0 1 2 3 4
2. Vücut salgıları ile (ter, tükürük, idrar, v.b.) hafif bir temasla bile giysilerim kirlenebileceğini veya bir şekilde zarar görebileceğimi düşünürüm				0 1 2 3 4
3. Yabancıların veya belirli insanların dokunduğunu biliyorsam, bir nesneye dokunmakta zorlanırım.				0 1 2 3 4
4. Çöpe veya kirli şeylere dokunmakta zorlanırım.				0 1 2 3 4
5. Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmaktan kaçınırım.				0 1 2 3 4
6. Bulaşıcı hastalıktan korktuğum için halka açık telefonları kullanmaktan kaçınırım.				0 1 2 3 4
7. Ellerimi gereğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.				0 1 2 3 4
8. Bazen sadece kirlendiğim ya da mikrop kapтымı düşünerek derhal yıkanır veya temizlenirim				0 1 2 3 4
9. Bir şeye dokunduğumda “mikrop kapтымı” düşünerek, derhal yıkanır veya temizlenirim.				0 1 2 3 4
10. Bir hayvanın bana dokunması halinde, kendimi kirli hissederek ve derhal yıkanmam veya üstümdeki giysileri değiştirmem gerekir.				0 1 2 3 4
11. Kaygılar ve üzüntüler aklıma geldiğinde, onlar hakkında güvenebildiğim birisiyle konuşmadan rahat edemem.				0 1 2 3 4
12. Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken, özel bir sırayı takip etme zorunluluğu hissedirim.				0 1 2 3 4
13. Yatmadan önce belirli şeyleri belirli bir sırayla yapmak zorundayım.				0 1 2 3 4
14. Yatmadan önce giysilerimi özel bir şekilde asmak veya katlamak zorundayım.				0 1 2 3 4
15. Belirli sayıları nedensiz yere tekrarlama zorunluluğu hissedirim.				0 1 2 3 4

16. Bir şeyleri doğru olarak yapıldığından emin olana kadar, birkaç kez tekrarlamak zorundayım. 0 1 2 3 4
17. Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim. 0 1 2 3 4
18. Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim. 0 1 2 3 4
19. Tam olarak kapalı olduğundan emin olmak için, kapıları, pencereleri, çekmeceleri kontrol etmek uğruna eve geri dönerim. 0 1 2 3 4
20. Doğru bir şekilde doldurduğumdan emin olmak için formların, evrakların veya çeklerin ayrıntılarını sürekli kontrol ederim. 0 1 2 3 4
21. Sigara, kibrit gibi yanan cisimlerin tam olarak söndüğünden emin olana kadar geri dönüp bakarım. 0 1 2 3 4
22. Elime para aldığım zaman, üst üste birkaç kez sayarım. 0 1 2 3 4
23. Mektupları postalamadan önce pek çok kez dikkatle kontrol ederim. 0 1 2 3 4
24. Önemsiz meselelerde bile, karar vermeyi zor bulurum. 0 1 2 3 4
25. Özellikle benimle ilgili önemli konular konuşulurken, bir şeyleri hiçbir zaman tam olarak ifade edemeyeceğim izlenimine kapılıyorum. 0 1 2 3 4
26. Bir şeyleri özenli bir şekilde yapsam bile, hala yaptığım işi kötü yaptığım veya eksik bıraktığım izlenimini içimde taşıyorum. 0 1 2 3 4
27. Yaptığım şeylerin pek çoğuna ilişkin kaygılar ve problemler üretirim. 0 1 2 3 4
28. Belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığımda, onlara takılıp kalırım. 0 1 2 3 4
29. Kendi isteğim dışında, hoş gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam. 0 1 2 3 4
30. Beynim sürekli olarak kendi bildiğini yapıyor ve ben çevremde olup bitene ayak uydurmakta güçlük çekiyorum. 0 1 2 3 4
31. Dalgınlığımın veya yaptığım küçük hataların felaket sonuçlar doğuracağını düşünürüm. 0 1 2 3 4
32. Bazen hiç nedeni yokken nesnelere saymaya başlarım. 0 1 2 3 4
33. Önemsiz sayıları tamamıyla hatırlamam gerektiği hissine kapılıyorum. 0 1 2 3 4
34. Bir düşünce veya şüphe aklıma takıldığı zaman, onu bütün yönleriyle

- gözden geçirmem gerekir ve bu şekilde yapana kadar rahat edemem. 0 1 2 3 4
35. Belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici şeyler yapmaktan korkarım. 0 1 2 3 4
36. Bir köprüden veya yüksek bir pencereden aşağıya baktığım zaman, kendimi boşluğa bırakacakmış gibi hissederim. 0 1 2 3 4
37. Yaklaşan bir tren gördüğüm zaman, bazen kendimi onun altına atabileceğimi düşünürüm. 0 1 2 3 4
38. Araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir şeylere doğru sürmeye zorlar. 0 1 2 3 4
39. Silahlara bakmak beni heyecanlandırır ve şiddet içeren düşüncelere sürükler. 0 1 2 3 4
40. Bıçakların, kamaların ve diğer kesici aletlerin keskin tarafından rahatsız olurum. 0 1 2 3 4
41. Bazen sebepsiz yere bir şeyleri kırmak veya hasar vermek ihtiyacı hissederim. 0 1 2 3 4

- I. **Ruminasyon:** 11, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34
- II. **Temizlik:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- III. **Dürtüler:** 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41
- IV. **Kontrol:** 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23,
- V. **Keskinlik:** 12, 13, 14, 15, 32,33

EK-5

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Şimdi	Geçmişte	
_____	_____	SALDIRGANLIK OBSESYONLARI
_____	_____	Kendine zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Başkalarına zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
_____	_____	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
_____	_____	Utanılacak bir şey yapmaktan korkma*
_____	_____	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. arkadaşını yaralama)
_____	_____	Çalacağından korkma
_____	_____	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
_____	_____	Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. yangın, hırsızlık)
_____	_____	Diğer
		KİRLENME OBSESYONLARI
_____	_____	Vücut atık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek
_____	_____	Kir veya mikroplardan kaygılanmak
_____	_____	Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)
_____	_____	Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. temizlik maddeleri, çözücüler)
_____	_____	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
_____	_____	Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler)
_____	_____	Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
_____	_____	Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
_____	_____	Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
_____	_____	Diğer

CİNSEL OBSESYONLAR

- _____ _____ Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- _____ _____ Çocuklar veya incest ilişkisi ile ilgili
- _____ _____ Homoseksüel ilişkisi ile ilgili*
- _____ _____ Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- _____ _____ Diğer

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

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

_____ _____

DİNİ OBSESYONLAR

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

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- _____ _____ Doğaüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği)
- _____ _____ Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

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

SOMATİK OBSESYONLAR

- _____ Hastalık ile ilgili*
- _____ Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili
(örn. dismorfofobi)
- _____ Diğer

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

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

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

- _____ Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
- _____ Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
- _____ Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
- _____ Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
- _____ Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
- _____ Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
- _____ Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

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

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

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

DİĞER KOMPULSİYONLAR

Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)

Aşırı liste hazırlama

Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi

Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*

Göz kırpmaya veya gözlerini dikme töreni davranışları*

Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)

Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*

Batıl davranışlar

Trikotillomani*

Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*

Diğer

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

HASTA ADI: _____
 PROTOKOL : _____

Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) _____
 TARİH: _____
 HEKİM: _____

1.	OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1b.</td> <td style="width: 45%;">OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)</td> <td style="width: 10%;">Semptom yok 0</td> <td style="width: 10%;">Ortalama uzun 1</td> <td style="width: 10%;">Uzun 2</td> <td style="width: 10%;">Çok kısa 3</td> <td style="width: 10%;">Kısa 4</td> </tr> </table>							1b.	OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kısa 3	Kısa 4
1b.	OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kısa 3	Kısa 4							
2.	OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4							
3.	OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4							
4.	OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4							
5.	OBSESYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4							
OBSESYON ALTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____													
6.	KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">6b.</td> <td style="width: 45%;">KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)</td> <td style="width: 10%;">Semptom yok 0</td> <td style="width: 10%;">Uzun 1</td> <td style="width: 10%;">Ortalama uzun 2</td> <td style="width: 10%;">Kısa 3</td> <td style="width: 10%;">Çok kısa 4</td> </tr> </table>							6b.	KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kısa 4
6b.	KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kısa 4							
7.	KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4							
8.	KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4							
9.	KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4							
10.	KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4							
KOMPULSİYON ALTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____													
11.	OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	Mükemmel 0	1	2	3	Yok 4							
12.	KAÇINMA	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4							
13.	KARARSIZLIK	0	1	2	3	4							
14.	PATOLOJİK SORUMLULUK	0	1	2	3	4							
15.	YAVAŞLAMA	0	1	2	3	4							
16.	PATOLOJİK KUŞKU	0	1	2	3	4							
17.	GLOBAL CİDDİYET	0	1	2	3	4							
18.	GLOBAL DÜZELME	0	1	2	3	4							
19.	GÜVENİRLİK	MÜKEMMEL = 0	İYİ = 1	ORTA = 2	ZAYIF = 3								

EK-6

DURUMLUK SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

Durumluk Kaygı Ölçeği

1. Şu anda sakinim.	1	2	3	4
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	1	2	3	4
3.Şu anda sinirlerim gergin.	1	2	3	4
4.Pişmanlık duygusu içindeyim.	1	2	3	4
5.Şu anda huzur içindeyim	1	2	3	4
6.Şu anda hiç keyfim yok.	1	2	3	4
7.Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1	2	3	4
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	1	2	3	4
9.Şu anda kaygılıyım.	1	2	3	4
10.Kendimi rahat hissediyorum.	1	2	3	4
11.Kendime güvenim var.	1	2	3	4
12.Şu anda asabım bozuk	1	2	3	4
13.Çok sinirliyim.	1	2	3	4
14.Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum	1	2	3	4
16.Şu anda halimden memnunum.	1	2	3	4
17.Şu anda endişeliyim.	1	2	3	4
18.Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1	2	3	4
19.Şu anda sevinçliyim.	1	2	3	4
20.Şu anda keyfim yerinde.	1	2	3	4

Sürekli Kaygı Ölçeği

21.Genellikle keyfim yerindedir	1 2 3 4
22.Genellikle çabuk yorulurum.	1 2 3 4
23.Genellikle kolay ağlarım.	1 2 3 4
24.Başkaları kadar mutlu olmak isterdim.	1 2 3 4
25.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	1 2 3 4
26.Kendimi dinlenmiş hissederim.	1 2 3 4
27.Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	1 2 3 4
28.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	1 2 3 4
29.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	1 2 3 4
30.Genellikle mutluyum.	1 2 3 4
31.Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	1 2 3 4
32.Genellikle kendime güvenim yoktur.	1 2 3 4
33.Genellikle kendimi güvende hissederim	1 2 3 4
34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1 2 3 4
35.Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	1 2 3 4
36.Genellikle kendimden memnunum.	1 2 3 4
37.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	1 2 3 4
38.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.	1 2 3 4
39.Aklı başında ve kararlı bir insanım.	1 2 3 4
40.Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	1 2 3 4