

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Psikiyatri Anabilim Dalı

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK'TA İŞLEV KAYBI VE RİSK
ETMENLERİ (KONTROLLÜ KESİTSEL BİR ÇALIŞMA)**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ecenur AYDIN AŞIK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. M. Murat DEMET

Manisa, 2017

ÖNSÖZ

Sadece tezimin hazırlanması sürecinde değil, uzmanlık eğitimim süresince her türlü konuda desteğini hissettiğim, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, içtenliğine hep güvendiğim tez hocam Prof. Dr. Mehmet Murat DEMET'e, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan, usta çırak ruhuyla bana her türlü desteği veren, bilgi ve tecrübe birikimlerini esirgemeyen tüm hocalarım; Prof. Dr. Erol ÖZMEN'e, Prof. Dr. Ayşen ESEN DANACI'ya, Prof. Dr. Ömer AYDEMİR'e, Prof. Dr. Artuner DEVECİ'ye, Doç .Dr. Oryal TAŞKIN'a, Doç .Dr .Erol OZAN'a,

Tezimin istatistik sürecinde destek olan Prof. Dr. Erhan ESER' e,

Asistanlıktan uzmanlık sürecine giden yolda birlikte yürüdüğüm asistan doktor arkadaşlarıma,

Ekip ruhunu bilinçli ve huzurlu bir şekilde oluşturmamızda büyük emekleri olan, birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm hemşirelerimize, psikiyatri kliniği personellerimize, psikologlarımıza ve her işimizde destek olan sekreterlerimize,

Köklerimi oluşturan ve yetişmemde en büyük katkıyı sağlayan sevgili annem Esin AYDIN, babam Servet AYDIN ve ablam Elit AYDIN VURAL'a,

Sadece asistanlık sürecimin değil hayatımın mutlu dönüm noktalarını oluşturan, sevgisini ve desteğini her zaman hissetiren sevgili eşim Kıvanç AŞIK'a

Tez yazma sürecimde minik hareketleriyle en büyük motivasyon kaynağım olan, doğumlarını heyecanla beklediğimiz ikizlerimiz MARİN ve TOPRAK 'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Ecenur AYDIN AŞIK

Mayıs 2017

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
I. GİRİŞ	1
II. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	3
2.1.1.Tanım	3
2.1.2 Tarihçe	3
2.1.3.Epidemiyoloji	4
2.1.4.Etyoloji	5
2.1.4.1.Genetik.....	5
2.1.4.2Nöroanatomi.....	6
2.1.4.3.Nörotransmitterlerin Rolü	7
2.1.4.4Psikoanalitik Kuram.....	9
2.1.4.5Bilişsel Davranışçı Kuram	10
2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikleri	11
2.1.5.1.DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri	11
2.1.5.2.DSM-5 Tanı Ölçütleri	13
2.1.5.3.ICD-10 Tanı Ölçütleri	16
2.1.5.4.Klinik Özellikler.....	17
2.1.6. Ektanı	21
2.1.6.1. Duygudurum Bozuklukları	21
2.1.6.2. Anksiyete Bozuklukları	22

2.1.6.3. Panik Bozuklukları.....	22
2.1.6.4. Travma Sonrası Stres Bozuklukları	23
2.1.6.5. Ayrılık Anksiyete Bozuklukları	23
2.1.6.6. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	24
2.1.7. Seyir ve Prognoz	25
2.1.8. Tedavi	25
2.1.8.1.Farmakoterapi	25
2.1.8.2.EKT(Elektrokonvulsif Terapi)	27
2.1.8.3.rTMS(Yineleyici Transkroniyal Manyetik Uyarı).....	27
2.1.8.4.Derin Beyin Uyarımı	27
2.1.8.5.Psikocerrahi	27
2.1.8.6.Psikoterapiler	28
2.2. İşlevsellik	28
2.2.1.İşlevsellik Kavramı	28
2.2.2.İşlevselliğin Değerlendirilmesi	31
2.2.3.Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İşlevsellik	32
2.2.4. Depresyon ve İşlevsellik	34
III. AMAÇ	36
3.1.Amaç.....	36
3.2.Temel Hipotezler.....	36
IV.GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
4.1.Araştırma Alanı ve Örneklemi	38
4.2.Araştırmaya Dahil Olma Ölçütleri.....	38
4.3.Araştırmadan Dışlama Ölçütleri	39
4.4.Araştırmada Uygulanan Veri Toplama Araçları	39

4.4.1.SCID-I DSM-IV için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	39
4.4.2.Sosyodemografik Veri Formu	40
4.4.3.Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)	40
4.4.4.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ).....	41
4.4.5. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)	41
4.4.6.Sosyal İşlevsellik Ölçeği	41
4.5.Veriler Toplama Örneği ve Etik Olay	42
4.6.Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	43
4.6.1.İstatistiksel Değerlendirme	43
V.BULGULAR	45
5.1 Tanımlayıcı Bulgular	45
5.1.1 Sosyodemografik Özellikler	45
5.1.2 Hastalığa İlişkin Özellikler.....	49
5.1.3 Hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeğine İlişkin Özellikleri.....	54
5.1.4 Hastaların ve hasta yakınlarının sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının karşılaştırılması	56
5.2. İstatistiksel Değerlendirme	57
5.2.1.Hastaların sosyal işlevsellik puanları ile sosyodemografik özelliklerinin ilişkisinin değerlendirilmesi	57
5.2.2.Hastaların klinik özellikleri ve psikiyatrik tedavi özelliklerine göre sosyal işlevsellik ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	63
5.2.3.OKB hastalarının YBOCS puanlarının işlevsellik üzerine olan etkisi	70
5.2.4.Depresyon hastalarının HAMD puanlarının işlevsellik üzerine olan etkisi	72

5.2.5. Sosyal işlevsellik boyut skorlarının hastalık tipine göre dağılımı	72
VI. TARTIŞMA	74
6.1. MDB verileri açısından tartışma	74
6.2. OKB verileri açısından tartışma	76
VII. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81
VIII. ÖZET	85
IX. İNGİLİZCE ÖZET	87
X. EKLER.....	89
XI. KAYNAKLAR	121

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1	Araştırmaya katılan OKB ve Depresyon hastalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	47
Tablo 2	Araştırmaya katılan OKB hastaların klinik özellikleri ve ölçek puanlarına göre dağılımı	49
Tablo 3	Araştırmaya katılan depresyon hastalarının klinik özellikler ve ölçek puanlarına göre dağılımı	50
Tablo 4	Araştırmaya katılan OKB hastalarının klinik belirtilerine göre dağılımı	51
Tablo 5	Araştırmaya katılan OKB hastalarının obsesyon ve kompulsiyon sıklıklarının cinsiyete göre dağılımı	52
Tablo 6	Araştırmaya katılan OKB hastalarının tedavi öyküsü özelliklerine göre dağılımı	53
Tablo 7	Araştırmaya katılan depresyon hastaların tedavi öyküsü özelliklerine göre dağılımı	54
Tablo 8	Araştırmaya katılan OKB hastalarının sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarının dağılımı	55
Tablo 9	Araştırmaya katılan Depresyon hastalarının sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarının dağılımı	56
Tablo 10	OKB ve Depresyon hastaların sosyal işlevsellik alt ölçek skorlarının kendi aile özelliklerine göre dağılımı	60
Tablo 11	OKB ve Depresyon hastaların sosyal işlevsellik alt ölçek skorlarının kendi öğrenim ve gelir düzeylerine göre dağılımı	62

Tablo 12	OKB hastalarının sosyal işlevsellik ölçeği altölçek puanları ile psikiyatrik tedavi ile ilgili özelliklerine göre dağılımı	64
Tablo13	Depresyon hastalarının sosyal işlevsellik ölçeği alt ölçek puanları ile psikiyatrik tedavi ile ilgili özelliklerine göre dağılımı	66
Tablo 14	OKB hastalarının sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarının hastalarda gözlenen obsesyon çeşitlerine göre dağılımı	68
Tablo 15	OKB hastalarının sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarının hastalarda gözlenen kompulsiyon çeşitlerine göre dağılımı	69
Tablo16	Bölünmüş YBOCS puanlarının işlevsellik düzeyine etkisi.....	71
Tablo 17	Depresyon hastalarında depresyon şiddet düzeyi	72
Tablo 18	Sosyal işlevsellik boyut skorlarının hastalık tipine göre dağılımı	73

ŞEKİLLER

Şekil-1	Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	43
---------	---	----



I- GİRİŞ

İşlevsellik tüm vücut fonksiyonlarını, aktivite ve katılımlarını kapsayan genel bir kavramdır. Benzer olarak engellilik(disability) ise sakatlık, aktivite sınırlamaları ve katılım kısıtlılıklarını anlatır. Aynı hastalığa sahip iki kişi farklı düzeylerde işlevselliğe sahip olabilir ya da işlevsellik düzeyi aynı olan iki kişi aynı sağlık durumuna sahip olmayabilir. İşlevsellik insan ve toplum sağlığı üzerine daha geniş ve anlamlı bilgi ve tanı olanağı sunar(1).

Obsesif Kompulsif Bozukluk(OKB), tekrarlayıcı obsesyon ve/veya kompulsiyonların olduğu , genellikle süregelen, kimi zamanda tekrarlayıcı gidiş gösteren , kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etileyen bir rahatsızlıktır(2).

Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alıyor olmalıdırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini , mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozarlar. Ayrıca bir çok kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarını uyaran nesne ya da durumlardan kaçabilir. Bu kaçınma aşırı bir düzeye gelebilir ve genel işlevsellik düzeyini ileri derecede kısıtlayabilir. Çoğu zaman yavaş yavaş başlar, ancak bazı olgularda birdenbire başladığı da bildirilmiştir. Çoğu kişide kronik, alevlenip yatışan bir gidişi vardır. Bu alevlenmeler stresle ilişkili olabilir. Bu kişilerin yaklaşık %15'i mesleki ve toplumsal işlevsellikte ilerleyen bir yıkım gösterir. Yaklaşık %5'nin ise epizodlar arasında çok az semptomunun olduğu ya da hiç semptomun bulunmadığı dönemlerin olduğu epizodik bir gidişi vardır.

OKB kişinin sosyal ilişkilerini, mesleki işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir(3,4). Erken başlangıçlı OKB hastalarında geç başlangıçlılara göre obsesif kompulsif belirti şiddetinin daha yüksek ve tedaviye uanıtının daha kötü olduğu belirtilmiştir(5).

Depresyon hastalarının iş öyküleri obsesif kompulsif bozukluğa göre daha yüksek saptanmıştır ve depresyon hastalarının işteki zaman kaybı daha az bulunmuştur.

Depresyon hastalarının kendi kendine yeterliliği daha iyi bulunsa da iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Aile ilişkileri açısından anlamlı bir fark olmasa da depresyon hastalarının arkadaşlarıyla ilişkisinin daha iyi oldu gözlenmlenmiştir.

Depresyonda da işlevsellik kaybı görünmesine rağmen Calvocoressi ve arkadaşlarının yaptığı karşılaştırma çalışmasında depresyonda işlevsellik kaybının OKB ile şizofreniye oranla daha az olduğu saptanmıştır(6).

II- GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif -Kompulsif Bozukluk (OKB)

2.1.1. Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk(OKB), tekrarlayıcı obsesyon ve/veya kompulsiyonların olduğu , genellikle süregelen, kimi zamanda tekrarlayıcı gidiş gösteren , kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etileyen bir rahatsızlıktır(2).

Obsesyonlar kişinin aklına istenmeden, kontrol dışı gelen, buna bağlı olarak huzursuzluk ve sıkıntı hissine yol açan, kişinin benliğine yabancı olan (egodistonik) ve tekrarlayıcı özellik göstere düşünce, dürtü veya imgeler olarak tanımlanır

Kompulsiyonlar ise bu düşüncelere yanıt olarak gelişen veya kişinin belli kural ve düzene göre gerçekleştirmek zorunda hissettiği, kişinin kendini yapmaktan engelleyemediği istem dışı oluşan yineleyici davranış veya zihinsel eylemlerdir.

Kompulsiyonlar ilk başta obsesyonların neden olduğu sıkıntıyı azaltmak için yapılır ancak sonrasında kompulsiyonlar kontrol edilemez olur ve kompulsiyonun kendisi de sıkıntı hissine yol açar(7,8,2).

2.1.2. Tarihçe

William Shakespeare'in Lady Macbeth adlı eserinde obsesyonlar tedavisi olmayan, günahkar zihnin ürünleri olarak gösterilmiştir. Obsesyonlar 19. yüzyılda Morel tarafından otonom sinir sisteminin işlev bozukluğu olarak; kompulsiyonlar ise artmış duygulanım olarak tanımlanmıştır. Janet ise 19. yy sonunda obsesyonu zihinsel aktivitenin basit ve gelişmemiş formunun oluşturduğu bir sabit fikir (idee fixe) olarak tanımlamıştır(9).

Yine 19. yy sonlarında Freud'un anksiyete nevrozunu tanımlaması ile bu belirsiz tanımlamalar çözüm sürecine girmiştir.

20. yüzyılın sonlarında ise bu hastalığın oluşmasında kalıtsal ve nörobiyolojik etkenlerin olduğunu saptamıştır(9,8). 1980'de yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) III. baskısı ile OKB, yapılandırılmış sınıflandırmalara girmiştir(10). 1987'de güncellenen DSM-III-R'de ise günlük yaşamı kesintiye uğratan, en az bir saat süren obsesyon, kompulsiyon ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanmış ve "obsesif kompulsif nevroz" terimi ile belirtilmiştir(11). DSM-III ile DSM-IV-TR arasındaki temel farklılık kompulsiyonların kavramsallaştırılmasıdır. DSM-III'te kompulsiyonlar davranış olarak değerlendirilirken DSM-IV'te kompulsiyonların hem davranış olabileceği hem de zihinsel aktivite olabileceği eklenmiştir(12). DSM-IV ve DSM-IV-TR'de "Obsesif Kompulsif Bozukluk" terimi 'Anksiyete Bozuklukları' başlığı altında sınıflandırılmıştır(7,13). 2013'te yayımlanan DSM-5'te ise Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı ile Anksiyete Bozukluklarından ayrılmış ve ayrıca sınıflandırılmıştır(14).

2.1.3.Epidemiyoloji

Yaşam boyu yaygınlığı %2.5 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise kadınlarda %0.9-%3.4; erkeklerde %0.5-%2.5 arasında değiştiği görülmüştür(15,16). Çeşitli çalışmalarda kadın ve erkek dağılımının eşit olduğu belirtilmiştir(17,18). Ancak kadın sıklığının daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır(19,20).

İkiyüzdoksanüç hasta grubu ile yapılan bir çalışmada evli olan gönüllülerin sayısı evli olmayanlardan fazla bulunmuştur(21). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise bekar olanların evli olanlarda daha fazla olduğu görülmüştür(22). Çeşitli çalışmalarda kadın hastalarda evli olma oranı erkek hastalara kıyasla daha fazla bulunmuştur(23,20). Yine evli olmanın OKB tedavisinde olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir(24).

OKB'nin genel olarak geç ergenlik veya erken erişkinlik olarak tariflenebilen 20'li yaşların başlarında başladığı gösterilmiştir(25,26). Bir çok vaka serisinde (% 13-% 36) OKB'nin hamilelik ya da postpartum dönemde başladığı bildirilmiştir(27,28).

Bir çok çalışmada hastalığın erkeklerde kadınlara göre daha geç yaşta başladığı gösterilmiştir(18,20). OKB 50 yaşından sonra daha nadir görülmektedir ve yapısal beyin hasarıyla ilişkili organik nedenler sorumlu tutulmaktadır(29).

2.1.4.Etyoloji

OKB'nin fizyopatolojisini oluşturan etyolojik süreçler tam olarak bilinmese de etyolojide birçok faktörün ortaklaşa etkisinin olduğu düşünülmektedir. Etyolojide rol oynayan önemli faktörler şunlardır:

2.1.4.1. Genetik

OKB'nin etyolojisinde ve belirtilerin ortaya çıkışında hem genetik hem de çevresel etmenlerin rol oynadığını göstermektedir. OKB genetiği ile ilgili çalışmalar ilk kez 1930'lu yıllarda başlatılmıştır(30).

OKB hastalığı olan çocukların birinci derece akrabalarında OKB sıklığı %20-25 bulunmuştur ve kompulsiyonların obsesyonlara göre daha fazla genetik geçiş gösterdiği belirtilmiştir. (34).

Genetik geçiş kontrol etme kompulsiyonu olan hastaların birinci derece akrabalarında yıkama kompulsiyonu olanlardan daha fazla bulunmuştur(31).

Yapılan ikiz çalışmalarında eş hastalanma oranı tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha fazla bulunmuştur(32).

Erken başlangıçlı OKB'de yüksek oranda ailesel geçişliliğin olduğu ve OKB alt gruplarının yüksek oranda genetik ykllk (kromozom 7, 8, 13) taşıdıkları savunulmaktadır(33). Yapılan bağlantı çalışmalarda kromozom 9p

üzerinde çok noktadan bağlantı işareti saptanmış olup; 9p24 üzerine vurgu yapılmıştır(34,35).

Moleküler genetik çalışmalarda serotonin ve dopamin dizgelerinde rol oynayan, ayrıca monoaminlerin yıkımında rolü olan (COMT, MAOA) birçok aday gen ile ilişkilendirme çalışmaları yapılmıştır, ancak henüz yeterli bir sonuç alınamamıştır(36).

2.1.4.2. Nöroanatomi

OKB hastalarında yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında patogeneze den frontal subkortikal devrelerdeki işlev bozukluğunun sorumlu olduğu bulunmuştur(37,38).

Yapılan MRG çalışmalarında kaudat çekirdek hacminde azalma ve asimetrisinde bozulma saptanmıştır(39).

Pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmalarında, anterolateral orbitofrontal korteksin, posteromediyale göre daha fazla etkilendiği görülmüştür(40).

Tek foton emisyon kompüterize tomografide (SPECT), çalışmalarında takiben frontal korteks kan akımında artış saptanmıştır(41,42).

Frontal Subkortikal Devre Modeli:

Beyinde birbiriyle bağlantı içinde olan çok sayıda frontal subkortikal devreler bulunur.(43). Her devre frontal korteksten başlar ve sırasıyla striatuma, globus pallidus ve substansia nigraya, talamusa gider ve frontal kortekse dönerek sonlanır. Korteks ve talamus karşılıklı olarak etkileşim içindedir(44).

Obsesyonların talamus üzerindeki uyarılma artışı ile oluştuğu belirtilmiştir(45). Kompulsiyonlar ise striatumun talamus üzerindeki uyarıcı etkisini dengelemeye çalışan davranış biçimi olarak değerlendirilir(44).

Amigdalanın orbitofrontal korteks tarafından baskılanamadığında veya amigdala uyarıldığında anksiyete oluşur ve anksiyete de ritüellere neden olur. Ritüeller gerçekleştirildiğinde amigdalanın uyarılması azalır ve anksiyete yatıştırılır(44).

Default Mode Network:

Güncel çalışmalar istirahat durumunda beynin aktivitesinden sorumlu bazı bölgeler tariflemiştir. Bu çalışmalarla “Default mod network (DMN)” adı verilen verilen ve medial prefrontal korteks, posterior singulat korteks/ventral kuneus, posterior inferior parietal lob ve hipokampal formasyon gibi dağınık beyin bölgelerini içeren beynin istirahat durumunda aktivite gösteren bir ağ tanımlanmıştır. Kısaca default mode ağı kişinin dış dünyaya odaklanmadığı, uyanık dinlenme anındaki devre olarak tanımlanmaktadır. Obsesif kompulsif bozuklukta default mode içindeki caudat nukleus, nukleus akkumbens ve orbitofrontal korteks gibi devrelerde bağlantı zayıflaması görülmektedir(46,47). Bağlantılarda azalma şiddeti ile OKB şiddeti arasında ilişki saptanmıştır. Bağlantılarda azalma ile birlikte çalışmalardan bir kısmı orbitofrontostriatal bölgelere yönelmiş ve bu bölgelerde dinlenme sürecinde aktivite artışı olduğunu saptamışlardır(48).

2.1.4.3. Nörotransmitterlerin rolü

2.1.4.3.a.Serotonin

OKB'de serotonin hipotezi, serotonin geri alımını inhibe eden antidepresanların ve serotonin agonistlerinin antiobsesyonel etkinliklerinin görülmesiyle birlikte ortaya atılmıştır(49,44).

Yapılan çalışmalar patofizyolojiyi serotonerjik sistemde anormallik, etkinliğinde azalma ve postsinaptik serotonin reseptörlerinde duyarlılık artışı ve beyin omurilik sıvısı(BOS)'nda 5-HİAA düzeylerinde düşüklük olarak açıklamıştır(50,44).

OKB'de klomipraminin antiobsesyonel etkisinin, serotonin geri alımını inhibe etme kapasitesine bağlı olabildiği gösterilmiştir(44).

Çeşitli nöroendokrin çalışmalar 5-HT1A, 5HT1D ve 5-HT2C reseptörlerini OKB ile olabileceği düşünülmüştür. Ancak 5HT1A reseptörleriyle yapılan çalışmalarda anlamlı sonuç elde edilememiştir. 5-HT1A reseptörünün OKB oluşumundaki etkisinin az olduğu sonucuna varılmıştır(44).

OKB ile ilgili hayvan modellerinde 5-HT2C reseptörleri silinmiş farelerde kompulsif davranışların oluştuğu gözlenmiştir(51).

5-HT1D reseptörünün OKB'nin beyin döngüleri içinde yer alan prefrontal ve bazal caudat bölgesinde presinaptik ve postsinaptik yerleşimi bu reseptörün OKB ile olan ilişkisini desteklemektedir(44,52).

Özetle, OKB'de serotoninin rolü çok karmaşıktır ve yalnızca serotonerjik sistemin hipoaktivitesi veya hiperaktivitesinden söz etmek doğru olmayacaktır. Serotonerjik sistemin diğer disfonksiyonel nörotransmitter sistemleri ile karşılıklı etkileşim içinde olduğu düşünülmektedir(53).

2.1.4.3.b.Dopamin

Bazal gangliyon normal işlevlerinde dopaminin görev aldığı bilinmektedir. Beyinde dopaminin yoğun olduğu bazal ganglion hasarlarında OKB belirtilerinin ortaya çıktığı gösterilmiştir(54,44).

Bir D2/D3 reseptör agonisti olan quinpirol uygulamasının kronik olarak yapıldığı bir hayvan deneyinde kontrol kompulsiyonlara benzer davranışların oluştuğu gözlenmiştir(55,56).

Düşük dozlarda antipsikotik ilaçlar SSRI'lar ile kombine kullanıldıklarında bazı hastalarda tedavi yanıtını arttırmaktadır(57,58).

SSRI'ların oluşturduğu 5-HT2A antagonizması, dopamin nöronlarında ateşleme hızını artırarak obsesif kompulsif belirtileri artırır; D2 reseptör

antagonizması ile dopaminerjik nöronların inhibisyonu obsesif kompulsif belirtilerini azaltır(51).

Bu çalışmalar, OKB'de dopamin reseptörlerinin de etkili olduğunu düşündürmektedir.

2.1.4.3.c.Glutamat

OKB hastalarında anormal glutamat ve glutamin ölçümleri bildirilmiştir. OKB hastalarında aşırı glutamaterjik etkinlik olduğunu gösteren en önemli belirteç, BOS'ta glutamat düzeylerinin artmış bulunmasıdır(59,60).

Kortikostriatal glutamatın, kaudat çekirdekte serotonin salınımını azalttığı ve serotonerjik nöronların glutamaterjik aşırıda rol aldığı bilinmektedir(61).

OKB'de glutamaterjik sistemin işe karıştığının bir çok kanıtı vardır. Glutamaterjik NMDA reseptör 2B alt ünitesi -NR2B- geni olan GRIN2B ile OKB arasında bir ilişki bildirilmiştir(62).

Beynin farklı alanlarında glutamaterjik aşırının artırıldığı hayvan deneylerinde OKB ve TS benzeri davranışlar ortaya çıkmıştır. Manyetik rezonans spektroskopi (MRS) değerlendirmelerinde striatal glutamat konsantrasyonunun arttığı ve serotonerjik ilaçlarla bu artışın normale döndüğü izlenmiştir(63).

2.1.4.4.Psikoanalitik Kuram

Psikanalitik açıdan, obsesif kompulsif nevrozun temel mekanizması anal döneme (regresyon) gerilemedir. Freud'a göre, nevrozların temel özelliği; yaşamın ilk yıllarında anne-babaya karşı zıt (ambivalan) duyguların ve ödipal çatışmaların çözülmemesidir. OKB'de bu döneme regresyon ve anal sadistik döneme fiksasyon şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Freud psikanalitik kurama göre, saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullanılan, obsesyonel nevroza özgü olan yalıtma (izolasyon), karşıt

tepki oluşturma (reaksiyon formasyon), yapma-bozma (doing-undoing) şeklinde 3 temel savunma mekanizması tanımlanmıştır(44).

Yalıtma bir deneyimin ya da fikrin duygulanımsal yönünün bilişsel boyuttan kopartılmasıdır(64).

Dürtünün denetimi ve anksiyetenin yatıştırılmasını amaçlayan yapma-bozma mekanizmasının bir sonucu olarak birinci eylemi nötrleştiren kompulsif eylemlerin ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Yapma-bozma mekanizmasıyla, eylem bir ikincisiyle iptal edilmekte ve böylece eylem nötrlenmiş olmaktadır. OKB'de sıkça görülen yinelemeler yapma-bozma savunmasının tipik örneklerindendir(44).

Karşıt tepki oluşturma mekanizması bir olumsuz duygulanımın olumlu hale veya bir olumlu duygulanımın olumsuz hale döndürölmesini içerir. Bu kişiler bilinç düzeyinde altta yatan dürtünün tam tersi bir tutum sergilerler. Bastırılmaya çalışılan duygulanımın bir kısmının savunmanın içinden " sızıntı yapması" gözlenebilir bir belirtidir(64).

2.1.4.5.Bilişsel Davranışçı Kuram

Zorlayıcı düşüncelerin yanlış değerlendirilmesi, düşüncenin kontrolü, sıkıntının ya da düşüncenin, imge ya da dürtülerle ilişkili olarak beklenen olumsuz sonuçların nötrleştirilmesi yönünde çabalara yol açar. Hatalı yorumlar ve nötrleştirmenin kullanımı, kompulsiyonlar ya da diğer kontrol stratejileri, istenmeyen zorlayıcı düşüncelerin obsesyonlara dönüştürölmesiyle sonuçlanan iki temel süreçtir(44).

Mowrer'in "İki Aşamalı Öğrenme" kuramının yeri OKB'yi anlamada önemlidir. Bu kurama göre, OKB, temelde korkutucu olmayan ve herkesin aklına gelebilecek düşünceler (örn. mikrop kapma, hastalanma gibi) koşullanma yoluyla bireyde anksiyete ile ilişkilendirilmekte ve huzursuz edici olmaktadır. Bundan sonra birey bu düşünceler nedeniyle anksiyete yaşamakta ve kaçma-kaçınma davranışları göstermektedir(65).

Obsesyonlar öğrenilmiştir; kompulsiyonlar ise anksiyeteyi nötrleştirmek için öğrenilmiş davranış bütünüdür(66).

Kompulsif davranışlar sonrasında anksiyetede azalma olduğu için bu davranış örüntüsü pekişir. Uzun dönemde obsesyonları tetikleyen durum ya da koşullardan kaçınmalar anksiyeteyi azalttığı için, obsesyonların sürmesine neden olur. Bu durum da obsesif-kompulsif davranış örüntüsünün devamına yol açar(65,66).

2.1.5.Tanı ve Klinik Özellikler

Bunlarla ilişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası Hastalık Sınıflaması 10. Baskı (ICD-10) tanı sistemleri kullanılmaktadır. Yakın zamana kadar DSM-IV-TR kullanılmaktayken 2013'te DSM-5 yayımlanmıştır. DSM-5'te ise Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve ilişkili Bozukluklar başlığı ile Anksiyete Bozuklukları'ndan ayrılmış ve ayrıca sınıflandırılmıştır. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve ilişkili Bozukluklar başlığı altında Obsesif Kompulsif Bozukluk, Beden Algısı Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu bulunmaktadır(7).

2.1.5.1. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakiler (1), (2), (3), (4) ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.
2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.
3. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

4. Kiři, obsesyonel dūřüncelerini, dürtülerini ya da dūřlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (dūřünce sokulmasında olduđu gibi deđildir).

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

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

- B.** Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kiři obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için gećerli değildir.
- C.** Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde bir saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozarlar.
- D.** Bařka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. Bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde dūřünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda sać çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde

düşünüp durma; hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma, bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

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

İçgörüsü az olan tip: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa(7).

2.1.5.2. DSM-5 Tanı Ölçütleri

DSM-5'e göre OKB tanı ölçütleri şu şekildedir(14).

Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk)

- A.** Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin, takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler

(örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

- B. Takıntılar ve zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde 1 saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Takıntı-zorlanti belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığı olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranış bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda

olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığına ya da gerçek olabileceğine ya da olmayabileceğine ayırmındadır.

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

İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

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

DSM-IV-TR ile DSM-5 arasındaki başlıca değişiklikler ise şunlardır:

1. DSM-IV-TR'deki A tanı ölçütünün obsesyonlarla ilgili 2 ve 4. maddeleri kaldırılmıştır. A. (2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir. A.(4) Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).
2. DSM-IV-TR'deki B tanı ölçütü olan 'Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder.

Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.' tanı kriteri kaldırıldı.

3. DSM-IV-TR'de sadece 'iç görüşü az olan tip' alt tipi varken, DSM-5'te iç görüşü ile ilgili 3 tip belirtilmiş ve 'tikle ilişkili' tipi de eklenmiştir.

2.1.5.3. ICD-10 Tanı Ölçütleri

ICD-10' a göre OKB tanı ölçütleri şu şekildedir(67):

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

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

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

- F42.0** Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip
- F42.1** Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip
- F42.2** Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip
- F42.8** Başka obsesif-kompulsif bozukluklar
- F42.9** Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

2.1.5.4.Klinik Özellikler

Obsesyon: Lee ve Kwon obsesyonları otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayırmıştır:

Otojen obsesyonlar: Tekrarlama ve rahatsız etme özelliği ön planda olan, kişinin hakkında konuşmaktan rahatsızlık duyduğu, kişiyi daha fazla rahatsız eden, oluşması için daha az uyarana ihtiyaç duyulan obsesyonlardır. Cinsel, dini ve saldırganlık temalı obsesyonlar bu gruptadır.

Reaktif Obsesyonlar: Kişinin daha az saçma bulduğu, daha fazla uyararla ortaya çıkan, daha az saklama ihtiyacı duyulan, daha az rahatsızlık oluşturan obsesyonlardır. İstifleme, simetri, kuşku, kirlenme obsesyonları bu gruptadır(68,69,70,71).

Kompulsiyon: Hastada hem obsesyon hem de kompulsiyonlar birlikte görülebildiği gibi, sadece obsesyonlar ya da sadece kompulsiyonlar da bulunabilir. Obsesyon ve kompulsiyonların şekli ve içerikleri kültürden kültüre değişmese de yaygınlıkları arasında bazı farklılıklar saptanmaktadır. Özellikle dini değer ve yaşantıların yoğunluğu ile farklılıkların gözlemlendiği belirtilmektedir(72).

OKB'de belirti dağılımının elde edilmesinde Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeği belirti listesini kullanmak yararlıdır. Çalışmalarda tutarlı olarak belirtilen en temel belirti grupları saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar, cinsel/dini obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar, kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları, simetri- düzen obsesyonları ve sayma , tekrarlama, sıralama kompulsiyonları, istifleme obsesyon ve kompulsiyonları şeklindedir(73,74,75).

OKB belirtilerini bazı yazarlar kompulsif temizleme/el yıkama ile birliktelik gösteren bulaş/ hastalıkla ilgili obsesyonlar; kontrol etme kompulsiyonlarıyla birlikte olan kuşku obsesyonları, simetri ve düzen ile ilgili obsesyon ve kompulsiyonlar, biriktirme kompulsiyonları ve obsesyonel yavaşlık olmak üzere beş grupta toplamıştır(19,76).

Ülkemizde 15 merkezin katılımı ile yapılan 351 hastanın dahil edildiği çalışmada bulaş obsesyon ve kompulsiyonları (%75.8), simetri obsesyon ve kompulsiyonları (%67.8), saldırganlık obsesyon ve kompulsiyonları (%44.4), dini obsesyon ve kompulsiyonları (%26.8), istifleme obsesyon ve kompulsiyonları (%22.8), bedensel obsesyon ve kompulsiyonları (%17.4), cinsel obsesyon ve kompulsiyonları (%16.2), ve diğer obsesyon ve kompulsiyonlar (%34.2) sık olarak bulunmuştur(77).

Erişkin hastalar tarafından en sık tanımlanan obsesyonlar, görülme sıklıklarına göre; kirlenme(%37.8), kuşku(%23.6), simetri(%10), somatik(%7.2), dinsel(%5.9), ve cinsel(%5.5) obsesyonlardır (61). En sık rastlanan kompulsiyonlar ise, sıklık sırasına göre; kontrol etme(%28.8), temizleme(%26.5), tekrarlama davranışları(%11.1), düzenleme(%5.9) kompulsiyonlarıdır(78).

En sık görülen obsesyonlardan olan kirlilik/bulaş obsesyonlarında kişi kirli olduğunu düşündüğü yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni vb. bulaşabileceği kaygısını taşır. El sıkışma, kapı tokmağı, para vs gibi pek çok şeyi kirlenme/bulaş kaynağı olarak görüp, bulaşmayı önlemek adına eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınma gösterebilirler. Temizleme kompulsiyonu bulaşma obsesyonuna yanıt olarak ortaya çıkar. Sık sık ve uzun süre el yıkama, banyo ve tuvalette uzun süre kalma, sık kıyafet değiştirme ve yıkama, evi ve eşyaları tekrar tekrar temizleme, yıkanmış çamaşır ve bulaşığı tekrar yıkama şeklinde kompulsiyonlar görülebilir. Sık yineleyici tarzda el yıkamalar bu tipte en sık görülen kompulsiyonlardır ve sıklığı %45-84 olarak saptanmıştır(2,72).

Kuşku obsesyonu, bir eylemin yapıldığından emin olamama halidir. Genellikle kontrol etme/denetleme kompulsiyonları ile birlikte. Kişiler kapı, çeşme, elektrik, tüp, ütü vb nesneleri kapatıp kapatmadığından emin olamaz. Obsesyonlar, genelde tehlikeli bir duruma da işaret eder ve güvenliği sağlamak için yineleyici tarzda kontrol etme kompulsiyonu geliştirirler(2).

Saldırganlık obsesyonunda hastalar, kendisine ya da başkalarına yönelik, zarar verebileceği, saldırabileceği veya öldüreceği şeklinde

saldırganlık ve şiddet içeren düşünceler içerisinde. Bu nedenle zarar vermek üzere kullanabileceğini düşündüğü bıçak, makas gibi sivri, kesici ve delici nesnelerden uzaklaşmaya ve zara vereceğini/göreceğini düşündüğü kişilerle yalnız kalmamaya çalışır. Saldırganlık obsesyonlarının %10–20 oranında görülebilmektedir(58,2)

Simetri ve düzen obsesyonlarına sahip hastalar nesnelerin ve olayların tam istedikleri düzende, eşyaların belirli bir nizam içinde olması gerektiği düşüncesine sahiptirler. Kişiler obsesyonları nedeniyle eşyaları olmasını istedikleri belirli bir düzen veya sıra içinde tutmaya çalışan düzen kompulsiyonu oluştururlar(2).

Cinsel obsesyonlar utanç verici ve kabul edilemez olarak nitelenen eşcinsellik, ensest ilişkiler vb. ilgili düşünceler ve imgeleri içerir. Bu obsesyonlar kişiler için hakkında konuşmak istemedikleri, kendilerinde bulunmasından rahatsızlık duydukları, ahlaki değerlerine ters düşen rahatsızlık verici obsesyonlardır. OKB’de sıklık oranı %13–26 arasında görülmektedir(79,80,2).

Dini obsesyonlar günahlarla ilgili veya dini ve ahlaki değerlere olumsuz yaklaşan küfür etme, karşı gelme gibi düşünceler ile ilgilidir. Bu obsesyona yanıt olarak sık dua etme, tövbe etme, ibadeti tekrarlama gibi kompulsiyonlar gelişebilir. Ülkemizde batı toplumlarına oranla daha sık görülür ve görülme sıklığı %11–42 arasında değişmektedir(58,80,2).

İstifçilik(biriktirme) gerçek anlamda maddi ya da manevi değeri olmayan birçok şeyin saklanıp biriktirildiği bir durumdur. Kullanım özelliği olmayan ürünleri satın alma, elden çıkarmada zorluk ve biriktirme ile ilgili kompulsiyonlar mevcuttur(2).

Somatik obsesyonlar, yaşamı tehdit eden önemli bir hastalığa kapılma korkusunu içeren bedensel obsesyonlardır. Güncel hastalıklarla ilgili bedensel uğraşlar görülür. Başka bir obsesyonun eşlik etmediği durumlarda veya içgörüsü olmayan durumlarda hipokondriasis ile ayırıcı tanı yapılması güçtür. Hastalık kaygısına sıklıkla kontrol etme, güvence arama davranışları eşlik eder(58,2).

Zihinsel kompulsyonlar yineleyici şekilde dua etme, sayı sayma, belirli kelimeleri yineleme gibi dūşūnsel sūreçlerdir. DSM IV-TR alan çalıřmasında zihinsel kompulsyonların el yıkama ve kontrol etmeden sonra ūūncū sıklıktaki kompulsyon olduėu bildirilmiřtir(17,2).

Diėer obsesyonlar; bilme veya hatırlama ihtiyacı, belirli řeyleri sūyleme korkusu kaybetme korkusu, ūzel anlamı olan renkler, sayılar inanıřı, batıl inanıřlar vb. řeklindeki obsesyonlardır.

Diğer kompulsyonlar ise; kişinin kendini belli nesnelere dokunmak zorunda hissettiği dokunma kompulsyonları, zihinsel tōrenler, tōrensi davranışlar vs. şeklinde olabilir.

Obsesyon ve kompulsyonlar sıklık bir arada gōrūlse de daha sıklıkla saldırganlık, cinsellik ve bedeb temalarını içeren obsesyonlar kompulsyonların eřlik etmediėi "saf obsesyonlar" olarak gōrūlūr.

"Saf kompulsyonlar" ise daha nadir gōrūlūr ve sıklıkla çocukluk aėı OKB'li hastalarında gōrūlmektedir(2).

Obsesif dūřūnce ve tōrensel davranıřların kiřinin gūnlūk iřlerini gerçekleřtirirken fazla vakit harcamalarına neden olarak iřlevselliklerinin azalmasına obsesyonel yavařlık denir. Obsesyonel yavařlık basit gūndelik bir iřin bile yapılırken çok fazla vakit harcanmasına neden olabilir(2).

Yapılan araştırmalar arasında farklılıklar olsa da bulaş obsesyonu ve temizlik kompulsyonlarının kadınlarda daha sık; agresyon,cinsllik ve simetri obsesyonlarının ve tekraralama, kontrol etme kompulsyonlarının erkeklerde daha sık olduğu saptanmıştır(2,20,23,79).

2.1.6.Ektanı

OKB'ye en az %50 oranında eksen 1 tanısının eşlik ettiği gözlemlenmiştir(81).

Panik bozukluk, fobiller , bipolar bozukluk, yeme bozuklukları ile birlikteliği görülmekle birlikte, en sık major depresyonla birlikte görülür(57).

OKB'nin major depresyon ile yaşam boyu birliktelik %65, eşzamanlı birliktelik %30 olarak saptanmıştır(82).

OKB hastalarında major depresif bozukluk ek tanısının %21-78 arasında bulunduğu, beden dismorfik bozukluğunun %3-37, istifleme bozukluğunun %8.7-33, trikotillomaninin %4.6-6.9, deri yolma bozukluğunun %15.9-17.7, dürtü kontrol bozukluğunun %12-39, tik bozukluğunun sıklığının %12.5-30, sosyal anksiyete bozukluğu sıklığının %14-43, panik bozukluğunun %1.4-23.7, travma sonrası stres bozukluğu sıklığının %4.7-19.2, ayrılık anksiyetesi bozukluğunun %17-27.6, psikotik belirti sıklığının %14, şizofreni sıklığı %4-12, psikotik bozukluk yaygınlığı %39.3, alkol kullanım bozukluğu %14-24, madde kullanım bozukluğu %13.5-30, yeme bozuklukları ek tanı sıklığı %13-42 aralığında bulunmuştur(83).

2.1.6.1.Duygudurum Bozuklukları:

OKB'de duygudurum bozuklukları ektanısı oldukça sık görülmektedir. Eşlik eden depresyon OKB seyri ve sonuçlarında olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

OKB'ye eşlik eden ektanı bulunma sıklığı %57.4 bulunan bir çalışmada major depresif bozukluk %30.3, distimi %16.3 bulunmuştur. Eşlik eden depresyonun kadın cinsiyette daha sık görüldüğü belirtilirken; OKB belirtileri daha şiddetli bulunmuştur, dini obsesyonlar ile dokunma gereksinimi sıklığı daha fazla bulunmuştur ve intihar riski ve intihar girişim sayısı daha fazla bulunmuştur(84).

Yapılan başka bir çalışmada OKB'li olguların %64.1'inde depresyon ve%13.1'inde iki uçlu bozukluk eşlik ettiği gösterilmiştir. Ek tanıların eşlik

ettiği olgularda YBOKÖ puanları ektanısı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır(85).

Son dönemde 815 OKB hastası ile yapılan bir çalışmada depresyon ektanısının sadece OKB şiddeti ile ilişkili bulunduğu, belirti boyutu ile ilişkili bulunmadığı saptanmıştır(86).

Depresyonun obsesif kompulsif belirti şiddeti ile işlevsellik kaybı arasındaki bağlantıya dolaylı olarak etki ettiği saptanmıştır. Belirti şiddeti arttıkça depresif belirtilerin şiddetlendiği böylece işlevsellik ve mesleki işlevsellikte daha fazla kayıba neden olduğu saptanmıştır(87,88).

2.1.6.2.Anksiyete Bozuklukları:

Sosyal Anksiyete Bozukluğu:

OKB hastalarında sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığı %14-43.5 olarak bildirilmiştir. Erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, cinsel ve dini temalı belirtiler OKB ve sosyal anksiyete bozukluğu birlikteliğinde ilişkili özellikler olarak tanımlanmıştır(89).

OKB’de ayıplanma korkusu ve bilgisizlik nedeniyle geç tedavi arayışı, tedavi devamsızlığı sosyal fobiden kaynaklanabilmektedir(90).

2.1.6.3.Panik Bozukluğu:

Panik bozukluğu ve OKB birlikteliği %9.5 sıklığında görülmektedir(22).

DSM-5’te panik bozukluğunda panik atağı tanımlanırken OKB’deki obsesyonlara tepki olarak ortaya çıkan panik benzeri kaygılardan ayırt edilmesi tanı ölçütü olarak bulunmaktadır(14).

Her iki bozukluğun endişe hali, kaçınma, güvenlik arayışı gibi ortak yanları olsa da; bilişsel anlamda aşırı sorumluluk ve suçlama OKB’ye ait, korkudan korkma panik bozukluğu hastalarına ait özelliklerdir(83).

2.1.6.4.Travma Sonrası Stres Bozukluğu:

OKB'li hastaların sağlıklı kontrollere göre daha fazla travmatik olay öyküsü olduğunu belirten çalışmalar vardır(91,92). OKB'ye eşlik eden travma sonrası stres bozukluğu sıklığı %4.7-19.2 olarak bildirilmiştir(83). Yaşanılan bir travmatik olay sonrasında OKB ortaya çıkma olasılığı %30-78 olarak belirlenmiştir. TSSB tanısına ek olarak OKB olgularında saldırganlık, cinsel, dinsel obsesyonlar ve istifleme kompulsiyonu, daha ileri başlangıç yaşı, daha şiddetli belirtiler, daha yüksek oranda ektanı ve intihar riskinde artış gözlemlenmiştir. Aynı çalışmada bulaş ve temizlik belirtilerinin varlığı OKB'nin TSSB'den önce başladığını olgularda risk etmeni olarak değerlendirilmiştir(93).

2.1.6.5.Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu:

Ayrılık anksiyetesi OKB'ye sıklıkla eşlik eden bozukluklardandır. Bir çok olguda OKB'ye öncülük edebilir ve prognoz belirleyicisi olabilmektedir. Ayrılık anksiyetesinin ek tanı olarak bulunduğu OKB olguları daha genç yaşta, erken başlangıçlı olduğu ve daha şiddetli belirtilerle seyrettiği bildirilmiştir(94).

Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar:

Obsesif kompulsif belirtiler ile psikotik belirtiler sıkça birlikte bulunmaktadır. OKB hastalarında yapılan 12 aylık izlem çalışmasında psikotik bozukluk sıklığı %39.3 bulunmuştur(95).

Şizofreni ve OKB arasındaki ilişki sık olmakla birlikte farklı şekillerde de görülebilmektedir:

1. OKB hastalarında ortaya çıkan psikotik belirtiler.
2. Başlangıç tanısı OKB olan hastalarda izlem sürecinde tanıda OKB'nin yerini şizofreni alması

3. Şizofreni tanısı olan hastalarda izlemde obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması
4. Remisyona girmiş psikotik bozuklukta OKB ortaya çıkması
5. OKB ve şizofreninin komorbid olması (Şizoobsesif Bozukluk)

Komorbid olarak ek tanı olan durumlarda şizofrenideki obsesyon ve kompulsiyonların DSM sınıflamasına uygun olması, yineleyici davranışların psikotik bir düşünceye cevap olarak değil, sadece obsesyona tepki olarak meydana gelmesi, yineleyici girici düşüncelerin sanrısız boyutta olduğunda obsesyon olarak değerlendirilmemesi gerekmektedir(96).

2.1.6.6.Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

OKB'lilerde yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu %14-24, madde kullanım bozukluğu %13.5-30; madde kullanımö bozukluğu tedavisi görenlerde OKB yaygınlığı %6-12 olarak bildirilmiştir(97).

OKB'li hastalar alkol kullanımını çoğunlukla alkolün anksiyolitik etkisinden faydalanarak obsesif kompulsif belirtileri azaltma amacıyla kullanmaktadır. Self medikasyon şeklindeki bu kullanım OKB'li bireylerde alkol kullanım bozukluğu oluşma riskini ve sıklığını arttırmaktadır.

OKB'de alkol kullanım bozukluğu daha çok erkeklerde ve istifleme davranışı bulunanlarda saptanmıştır ve intihar düşünceleri ile ilişkili bulunmuştur(98).

Madde kullanımı söz konusu olduğunda kullanılan maddenin cinsi önem arz etmektedir. Modafinil, kokain, metamfetamin gibi ammedler OKB belirtilerini arttırabilirken, opiyatların obsesif kompulsif belirtileri azalttığı gözlemlenmiştir(99,100,101).

OKB, ayrıca Tourette Sendromu, Sydenham Koresi, Huntington ve Parkinson hastalığı gibi bazal gangliyon hastalıkları ile de birliktelik gösterebilir(57).

2.1.7.Seyir ve Prognoz

OKB, kronik ve dirençli bir hastalıktır. Zaman içinde belirtilerin şiddeti ve biçimi değişiklik gösterebilir. Bazı kişilerde dönem dönem alevlenmeler görülebilir(8). İlk etap tedavilerine OKB'nin yanıt verme oranı %60'tır(102). İzlem çalışmalarında; en yüksek tedavi yanıtı verme ve iyileşme %20, kısmi veya tam iyileşme ile alevlenmenin dalgalanma göstermesi %2-47, hastalığın ilerlemesi ve kötüye gidiş %5-14 oranlarında saptanmıştır(103).

Tedaviye zayıf yanıt oranları hastalığın temeldeki ciddiyetine(104,105), ek psikiyatrik hastalık mevcudiyetine(106,107) ve biriktirme kompulsiyonlarının (108) varlığı ile ilişkili bulunmuştur.

Hastalığı ortaya çıkarıcı bir olayın varlığı, epizodik gidiş göstermesi, mesleki ve sosyal işlevselliğin iyi olması iyi prognoz belirtileri; çocukluk çağında başlangıç olması, hastaneye yatış, depresif bozukluk komorbiditesi, kişilik bozukluklarının eşlik etmesi, bizar kompulsiyon varlığı, kompulsiyonlara karşı koyamama kötü prognoz belirtileri olarak söylenebilir(109).

2.1.8.Tedavi

2.1.8.1. Farmakoterapi:

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından OKB tedavisinde onaylanmış olan ilaçlar klomipramin, fluvoksamin, fluoksetin, sertralin ve paroksetindir. Klomipramin, fluvoksamin ve sertralin çocuk ve adolesanlar için de onay almıştır(110).

Klomipramin: Klomipraminin etkinliğini gösteren ilk çalışmalardan biri 1980 yılında Thoren ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(111). Antiobsesyonel etkisi olduğu bilinen ilk antidepresandır(112). Hem serotonin,

hem de noradrenalin ve dopamin geri alımını bloke eder. Birçok kontrollü çalışmanın sonucunda OKB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir(110). Etkili olması nedeniyle yan etkileri daha fazla olmasına rağmen tedaviyi bırakma oranı düşüktür(112).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI): Düşük yan etki profillerinden dolayı, farmakoterapide ilk sıra tercih edilen ilaçlardır. OKB hastaları değişen doz ve süresine bağlı olmakla birlikte SSRI tedavisine %46-60 arasında iyi yanıt vermektedir. Tedaviye yanıtın olmadığını söylemek için en az 10 hafta devam edilmesi gerekmektedir(111).

Yanıt alınamayan durumlarda uygun olan kademeli olarak en üst doza çıkılması, aksi halde başka bir SSRI seçilmesi önerilmektedir(110). Tekli SSRI tedavisine yanıt vermeyen hasta, ikinci bir SSRI eklenmesine yanıt verebilmektedir(113,114).

SRI tedavisi ile düzelme görüldükten sonra, ilaç kesiminden sonra ortaya çıkan nökslerin önüne geçmek amacıyla tedavi en az 2 yıl sürdürülmelidir(111).

Serotonin noradrenalin geri alım inhibitörü (SNRI): Venlafaksin ile ilgili bilgiler genellikle olgu sunumlarına dayanmaktadır. Uygun süre ve dozda kullanılan iki ayrı SSRI'ya yanıt vermeyen vakalara, farklı bir etki mekanizmasının etkin kılınması amacıyla klomipramin ya da venlafaksin denenebilir(110).

Güçlendirme Tedavileri: Bir tanesi klomipramin olmak üzere, en az üç farklı SSRI'nın farklı dönemlerde, etkin doz ve yeterli sürede kullanılması ve yanıt alınamamsı durumunda tedaviye dirençten söz edilir(111). Tedaviye dirençli hastalarda yanıtı arttırabilmek amacıyla, başta risperidon, olanzapin, ketiapin olmak üzere atipik antipsikotikler, tipik antipsikotiklerden haloperidol, 5HT1A agonisti buspiron, lityum, trazadon, klonazepam, pindolol, mirtazapin eklenebilir(111,110). Özellikle duygudurum belirtilerin klinik tabloya egemen olduğu hastalarda tedaviye presinaptik serotonin salınımı arttırdığı düşünülen lityumun eklenmesi ile olumlu sonuçlar alınabilmektedir(115,111).

Dirençli vakalarda intravenöz klomipramin, intravenöz sitalopram uygulaması, monoamin oksidaz inhibitörlerinin kullanımı da önerilmektedir(116,113,111).

D-amfetamin, kafein, tiroid hormonları, pindolol, ondansetron, memantin, opiyoidler, memantin, topiramat, selekoksib güçlendirme tedavileri arasında sayılmaktadır(117).

2.1.8.2.EKT (Elektrokonvulsif terapi)

EKT uygulamasının antiobsesyonel etkisi kesin gösterilememiştir. Ancak özkıyım düşünceleri olan ve işlevselliği bozulmuş şiddetli depresyon komorbiditesi olan hastalarda depresif belirtilere uygulanması önerilmektedir(118,111).

2.1.8.3.rTMS (Yineleyici transkraniyal manyetik uyarı)

Depresyon eştanısı olan vakalarda tercih edilen dirençli,saf OKB'lerde, anlamlı bir etkisi olmadığı düşünülen alternatif bir tedavi yöntemidir(119,120).

2.1.8.4.Derin beyin uyarımı

Her iki internal kapsüle yerleştirilen sterotaktik yöntemle uyarıcı elektrotlarla uygulanan bir tekniktir. %25-50 oranlarında iyileşme kaydedilmiştir(111,118).

2.1.8.5. Psikocerrahi

Stereotaktik beyin cerrahisi 5 yılı aşkın bir süredir hiçbir tedaviye yanıt vermeyen şiddetli OKB'si hastalara uygulanan son seçenektir. Hastaya tedavi uygulama kararı alınırken hastalığın şiddeti, süreğenliği, işlevsellik kaybı, farmakoterapiye ve en az 20 saatlik BDT uygulamasına yanıtsız olması göz önünde bulundurulur(111,118).

Günümüzde en çok uygulanan teknikler başta anterior gama kapsülotomi olmak üzere; anterior singulotomi, subkaudat trakatomi ve limbik lökotomidir(111).

2.1.8.6.Psikoterapiler

2.1.8.6.1.Psikodinamik Psikoterapiler

Ağır OKB olgularında psikanalitik yaklaşımın sonuçları olumsuz olmuştur. Bu sebeple duyguları açığa çıkarmayı hedef alan, açıklayıcı yaklaşımın ön planda olduğu kısa süreli dinamik psikoterapiler kullanılmıştır. Buna rağmen dinamik yaklaşımdan alınan yanıtların BDT ve farmakoterapiye kıyasla daha yetersiz olduğu görülmüştür(121).

2.1.8.6.2. Bilişsel davranışçı terapi (BDT)

OKB tedavisinde en etkili yöntem yaşayarak maruz bırakma (exposure) ve tepkiye engel olma (response prevention) tekniklerinin birlikte kullanımıdır. Hedef obsesyonların yol açtığı anksiyeteyi azaltmak ve alışmasını sağlamaktır. Ancak davranışçı tedaviyi belirgin kompulsyonları olmayan ancak dirençli ruminasyonları olan hastalarda uygulamak zordur(121). Bu nedenle bilişsel davranışçı tedavi, genellikle farmakoterapi eşliğinde önerilir ve OKB’de en etkili tedavi olarak gösterilir(122).

2.2. İşlevsellik

2.2.1. İşlevsellik Kavramı

Epidemiyolojik araştırmalar anksiyete bozukluklarının 12 aylık dönemde %18,1, hayat boyu %28.8 oranlarıyla psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek prevalansa sahip olduğunu belirtmiştir(123).

Anksiyete bozukluklarındaki bozulma seviyesi ile akıl hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal işlevselliği ilişkili bulunmuştur(124).

İşlevsellik tüm vücut fonksiyonlarını, aktivite ve katılımlarını kapsayan bir şemsiye gibidir. Benzer olarak engellilik(disability) ise sakatlık, aktivite sınırlamaları ve katılım kısıtlılıklarını anlatır.

İşlevselliğe müdahalede “bozulma”, “uyum”, “engellilik” benzer olarak kullanılsa da konuya göre farklı anlamları vardır.

Aynı hastalığa sahip iki kişi farklı düzeylerde işlevselliğe sahip olabilir ya da işlevsellik düzeyi aynı olan iki kişi aynı sağlık durumuna sahip olmayabilir.

İşlevsellik insan ve toplum sağlığı üzerine daha geniş ve anlamlı bilgi ve tanı olanağı sunar(125).

DSM tanı sisteminde eksen 5'te işlevselliğe bakıldığında; işlevsellik DSM III'te 7 puan skorlu adaptif işlevsellik ölçeği ile; DSM III-R ve DSM IV-R'de psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği ölçen İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ölçeği (İGDÖ) ile değerlendirilmiştir. Aynı zamanda DSMIV-R'de tanı kategorilerinde semptomların meslek, eğitim, sosyal aktivite ve yakın ilişkilerde bozulma yaratacak kadar şiddetli olması maddesi konulmuştur.

Sağlık, işlevsellik ve özür kavramlarında ortak dil “beden” merkezli yaklaşımdan “insan yaşamı” odaklı yaklaşıma geçiş çabası, objektif “iyi olma” durumunun ölçümü olmuştur. Sağlık durumu(bozukluk/hastalık) , beden(işlev ve yapı), aktiviteler(sınırlılıklar), katılım(kısıtlılıklar) alt öğelerinden oluşur ve işlevsellik ve özür düzeyi ile karşılıklı etkileşim içindedir(126).

Sağlık ve hastalık arasındaki dinamik dengeyi günlük yaşamdaki işlevselliğin etkisi, üretkenlik, sosyal rollerdeki performans, entellektüel kapasite, emosyonel stabilite ve esenlik(iyi olma durumu) belirler(127,128).

"İyi olma" nın ekonomi, otonomi, öz-kontrol, yardımseverlik, bütünlük gibi kişilik ile ilişkili yönleri; kişiler arası ilişkiler, eğitim ve iş gibi dolaylı olarak sağlıkla ilişkili yönleri; ruhsal işlevler, duyuşal işlevler, kardiyovasküler işlevler, mobilite, öğrenme gibi doğrudan sağlıkla ilişkili yönleri bulunur(126).

Son zamanlarda yapılan sınırlı ve başarılı çalışmalar problem çözme becerisi ve sosyal işlevselliği içeren işlevselliğin iyileşmesi üzerinedir

(129,130). Sosyal işlevsellikteki bozulmalar nüks sayısı, hastalık ciddiyeti ve mesleki durum hakkında önemli belirleyici etmen olmuştur(131,132).

Bir bütün olarak ele alındığında sosyal işlevselliği anlamak ve üzerine çalışmak temel insani ihtiyaçları ve bunun sonucu olarak iyileşmede artışı gösterir.

İşlevsellikle ilgili başka bir kavram ise sosyal işlevselliktir ve geniş anlamıyla çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendine bakabilme yetisi olarak tanımlanabilir(133).

Sosyal işlevsellik kavramı iki temel öğeden oluşmaktadır: bunlardan ilki, hastanın kendisine bakabilme, günlük faaliyetlerini sürdürebilme becerisi diğeri ise hastanın sosyal yaşama uyum sağlayabilmesi için gerekli tüm sosyal becerilerin kazanılması gerekliliğini kapsar(134).

Sosyal işlevsellik bireyin toplumla etkileşimini ve toplum içindeki rollerini tam olarak yerine getirebilme yeteneğini tanımlar(135).

Bir bireyin günlük işlevselliği çalışma, sosyal ve serbest yaşam, evlilik, ebeveynlik ve geniş aile gibi bir çok çevreyi içerir(136).

Psiko-sosyal işlevsellik, kişinin eş, arkadaş, çalışan, öğrenci, ev hanımı, aile ferdi gibi rollerini yerine getirilebilmesini de içerir. Birey tüm bu rolleri yerine getirirken yaşadığı doyum düzeyinin kalitesi önemli bir etmendir. Aynı zamanda kişinin kendine bakabilme kapasitesi ve zamanı uygun şekilde değerlendirebilmesini gerektirir(137).

Semptomatik remisyon, her zaman gelişmiş sosyal işlevlere eşlik etmez. Bu nedenle, hastalığın iyileşmesi kapsamında, iş, çalışma, aile yaşamı, arkadaşlar ve bağımsız hayat gibi psikososyal işlevselliğin geliştirilmesi de şarttır(138).

Semptomlardan bağımsız olarak değerlendirilen işlevsel iyileşme kavramı, farklı alanlardaki rol beklentilerinin gerçekleştirilmesini ve “ideal” sosyal işlevselliği kapsar. İşlevsel iyileşme; sağlık ve tedavi hakkında içgörünün kazanılmasının yanı sıra, hastanın günlük yaşam becerilerini yerine getirebilmesi, idari ve finansal yönetimi sağlayabilmesi, ev işi

etkinliklerini yerine getirebilmesi, kişiler arası ilişkiler, yaşam için gerekli olan sosyal ortamın sağlanması, mesleki işlevsellik gibi alanlarda ideal işlevselliğe sahip olabilmeyi kapsamaktadır(139).

Çalışmalar sosyal işlevselliğin eğitim, iş sahibi olma, sosyal destek gibi çeşitli çevresel etmenlerden de etkilenebildiğini göstermiştir(140,141).

İş ve eğitim durumu, rol performansı, ve sosyal işlevsellik üzerine odaklanan bir çok çalışma olsa da ciddi hastalıkların işlevsellik değerlendirmesi hala eksiktir(6).

2.2.2. İşlevselliğin Değerlendirilmesi

İşlevselliğin değerlendirilmesinde çeşitli ölçeklerden yararlanılmaktadır. İşlevselliği değerlendiren ölçekler şu şekilde sıralanabilir:

Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği: Görüşmeci tarafından değerlendirilen altılı likert tipi bir ölçektir. Ölçek işlevselliği 4 boyutta değerlendirmektedir. Bu dört boyut; sosyal açıdan yararlı etkinlikler, kişisel ve sosyal ilişkiler, öz-bakım ve rahatsız edici ve saldırgan davranışlardır. Ölçeğin geliştirilme çalışması Morosini ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(142).

Sosyal İşlevsellik Ölçeği: Birchwood ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek hastayla birlikte yaşayan bir aile bireyi tarafından doldurulur. Altı alt alandan oluşur: Sosyal uğraşı/sosyal geri çekilme, kişiler arası davranış, öncül sosyal etkinlikler, boş zaman etkinlikleri, bağımsızlık ve iş/meslektir(143). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erakay tarafından 2001 yılında yapılmıştır(144).

İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi: İşlevselliğin değerlendirilmesinde kullanılan bir başka ölçek ise DSM IV içinde yer alan İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi Ölçeğidir. Ölçek işlevselliğin değerlendirilmesinde DSM'nin öngördüğü sosyal ve mesleki işlevselliği değerlendirmektedir(13).

2.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İşlevsellik

Anksiyete bozukluğunun semptomu ve sonucu olarak psikososyal bozulma karşılıklı etkileşim içindedir ve anksiyete bozukluklarında nüks oluşmasında önemli bir etmendir(145).

Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan bireylerin bakım oranları anksiyete bozuklukları içinde %35, tüm ruhsal rahatsızlıklar içinde %44, genel sağlık servisleri içinde %36 saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütüne göre OKB'nin ruhsal hastalıkları içinde sosyal olarak ve ekonomik yönden maliyeti 6. sıradadır(146).

Epidemiyolojik Tarama Alanı(ECA) çalışması raporuna göre Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan kadınların %13'ünün erkeklerin %22'sinin maluliyet ödemesi aldığı gösterilmiştir(147,148).

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerde ailevi, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma saptanmıştır(147).

OKB tüm ruhsal ve fiziksel hastalıklar arasında işlevsellikte en fazla bozulmaya yol açacak ilk 10 hastalık arasında olacağı tahmin edilmektedir. İşlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde bu denli olumsuz etkileri olmasına karşın OKB'nin tedavisinde ilaç tedavileri ve bilişsel davranışçı tedavi uygulamalarının etkinliği %40-60 düzeyinde kalmaktadır. Tedaviye direnç ve yanıtsızlık üzerinde etkili olan yordayıcı özellikler işsizlik, yalnız yaşama, OKB şiddeti, cinsel ve dini temalı obsesyonlar, yıkama kompulsiyonları, istifleme, erken başlangıç yaşı, içgörü azlığı, değişime direnme, aile işlevselliğinde bozukluk, bilişsel yapı, tedavi başlangıcındaki yeti yitimi düzeyi olarak saptanmıştır(83).

Obsesyon ve kompulsiyonlar mevcutken kişinin tanı alıp almayacağını veya subklinik semptomlara sahip olup olmadığını hastalığın şiddeti ve işlevsellikte bozulma belirler.

Önceki çalışmalar da OKB'de aile hayatı ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma olduğunu altını çizmiştir. Bystritsky ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tedaviyi yürüten hekimler hastalık semptomlarını sosyal

işlevsellik, iş, eğitim, arkadaşlık ilişkileri, aile yaşantıları ve yaratıcılık gibi kişinin hayatında atacağı kişisel gollerin atılmasına giden yolda bir engel olarak belirlemiştir(149). Bu bireylerde işsizlik oranı, bekar medeni durum, zayıf öz bakım, ev ortamına rahatsızlık verme, kendine zarar verici davranış, aileye yük olma, zayıf hijyen, kompulsiyonlara sekonder tıbbi sorunlar, sosyal izolasyon, zayıf aile ilişkileri daha fazla bulunmuştur(147).

Bireysel ve aile işlevselliğinin tedavi yanıtına etkisi birkaç çalışma tarafından gösterilmiştir(150).

Sosyal çevrenin bozulması iyileşmedeki azlık ile ilişkili bulunmuştur(151).

Bununla beraber bir çok çalışma özel olarak sosyal işlevselliği değerlendirmeden bir uçtan bir uca yaşam kalitesine gönderme yapmaktadır(152).

Obsesif Kompulsif Bozukluğa sahip bireylerle yapılan bazı çalışmalarda semptomaya yönelik tedavi sonrasında bile kalıntı kısıtlılık ve düşük yaşam kalitesi devam etmektedir(153,154,155).

Ayaktan takip edilen hastalarda da işlevsellikte bozulma görmemize rağmen yatan OKB hastalarında işlevsellikte bozulma şizofreni hastalarına rakip olabilecek kadar şiddetli olabilir. Sosyal ve mesleki işlevsellikte dirençli bozulma olmasına rağmen davranışsal ve ilaç tedavisi alan hastalarda uyum seviyesinde gelişme saptanmıştır. Aileleri de içeren bir çok çalışmada çalışmalarda sosyal aktivitelerde azalma , stres ve sosyal izolasyonda artış şeklinde aile yükünde artış olduğu belirtilmiştir. Aile yükü, ailenin OKB'ye konaklama ve stres, evlilik ilişkileri ve ailesel bozukluğa göre cevabına göre oluşur(156).

2.2.4. Depresyon ve Sosyal İşlevsellik

Depresyon belirli bir kroniklik ve engellilik düzeyi olan ve psikososyal işlevselliğe etkisi olan bir hastalıktır(157).

Depresyon ve sosyal işlevsellikteki kötüleşme uzun süre tanımlanmamıştı ve depresyonda iyileşmenin sadece depresif semptomların çözümlenmesi değil ayrıca bireyin çevresiyle etkileşiminin artması olarak tanımlanmıştır (158,159,160).

Önemli derecede sosyal uyumsuzluğun major depresyona eşlik ettiği bilinmektedir; depresyon ve kısıtlılık arasında karşılıklı senkron vardır(161,162). Bu iki öge birbiriyle ilişkilidir ancak birbirlerinden ayrıdır. Mesela distimide depresif belirtiler daha zayıf olsa da sosyal işlevsellik en az major depresif bozukluktaki kadardır(159).

Zayıf sosyal destek, sosyal ve bireysel aktivitelerde uyumsuzluk, aile ilişkilerinin zayıf olması tekrarlayıcı depresyonun belirleyici olarak düşünülmüştür.

Sosyal işlevsellikte bozulma önemli ve uzun süreli olabilir ve antidepresan tedavilere belirleyici etkisi vardır(163).

Tedavinin farklı fazları olan cevap ve remisyon genellikle kişinin mevcut ve ciddi semptomlarının değerlendirilmesi ile tanımlanır ve bu genellikle hekimin uyguladığı HAM-D skalası ile değerlendirilir(164). HAM-D ise semptoma spesifiktir ve kişinin sosyal işlevselliğini ölçmez. Sosyal işlevselliğin ölçülmesinin ve değerlendirilmesinin relaps ve rekürrensleri önlemek için uzun dönemli farmakoterapide yeri vardır(135).

Sosyal işlevsellikte kalkınmanın antidepresan tedavisinde serotoninerjik mi yoksa noradrenarjik nörotransmitter sistemine mi bağlı olarak değiştiği bildirilmiştir(165,166). Bu iki nörotransmitter sistemi depresyon tedavisini farklı olarak etkiler. Serotonin ve noradrenalin eksiklikleri depresyon patogeneziyle bağlantılı olarak gösterilmiştir. Buna rağmen sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olan element serotoninerjik sisteme kıyasla daha çok noradrenerjik sistem olduğu gösterilmiştir(135).

Depresyon hastalarının tedavisinin semptomatik tedavi yerine kişinin işinde, ailesinde ve sosyal işlevselliğinde gelişme sağlayacak şekilde genişletilmesi yönünde görüş birliği vardır(167). Bununla beraber semptomatik ve sosyal iyileşme arasındaki geçici ilişki, psikolojik bozulmanın düzelmesi ve ilişkili sosyal rol işlevseliğe etkileri arasındaki ara zaman dışında yeterince anlaşılamamıştır(168).

Furukawa ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sosyal uyumda düzelmenin ancak akut semptomatik remisyon ve major depresif epizoda iyileşme sonrasında olabileceğini bulmuşlardır(169).

Bell-Dolan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada negatif sosyal davranış skorları depresyon şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Daha önceki çalışmalarda agresyon ve zayıf sosyal destek gibi zayıf sosyal davranışlar ve depresyon birlikteliği üzerinde durulmuşken, Bell-Dolan ve arkadaşları negatif sosyal davranışların depresyonun güçlü bir belirteci olabileceği üzerinde durmuştur(170).

III- AMAÇ

3.1. Amaç

Bu tez çalışmasında amaç Obsesif Kompulsif Bozukluğa sahip bireylerin işlevsellik ve işlevsellikte kayıp derecelerinin ölçülmesi ve kayba ilişkin risk etmenlerinin belirlenmesi ve işlevsellikte kayıp düzeylerinin depresyon hastalarının işlevsellikte kayıp düzeyleri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve sosyal işlevsellik arasında ciddi bir ilişki bulunmasına rağmen, ülkemizde bu konuda yeterli derecede çalışma yapılmadığını ve bu konuda eksiklik bulunduğunu düşünmekteyiz. Bu çalışma ile Obsesif Kompulsif Bozukluk şiddeti, obsesyon ve kompulsiyonların türü ve işlevsellik arasındaki ilişki ile Depresif Bozukluğa sahip bireylerin işlevselliği kıyaslanarak bu eksikliğin giderilmesi planlanmıştır.

3.2. Temel hipotezler

A. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalar için:

1. Sosyal işlevsellik düzeyi kişinin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerinden etkilenir.
2. OKB tanılı hastaların hastalığa ait klinik özelliklerinden etkilenir. Hastalık süresi, tedavi süresi, hastaneye yatış sayısı, anksiyete düzeyi ve obsesif kompulsif belirti şiddeti arttıkça yaşam kalitesi olumsuz etkilenir.

B. Major depresif bozukluk tanılı hastalar için:

1. Sosyal işlevsellik düzeyi kişinin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibisoyodemografik özelliklerinden etkilenir.

2. Depresyon tanılı hastaların hastalığa ait klinik özelliklerinden etkilenir.
Hastalık süresi, tedavi süresi, hastaneye yatış sayısı, depresyon düzeyi ve şiddeti arttıkça yaşam kalitesi olumsuz etkilenir.

C.OKB'de sosyal işlevsellik bozulması, en az MDB'nin neden olduğu sosyal işlevsellik bozulması kadar şiddetlidir.



IV- GEREÇ ve YÖNTEM

4.1.Araştırma Alanı ve Örneklemi

Araştırma Aralık 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütüldü.

Araştırma örneklemini Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Major Depresif Bozukluk (MDB) tanısı konulmuş hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan 60 OKB ve 60 MDB hastasından oluşmaktadır.

4.2. Araştırmaya dahil olma ölçütleri

1. 18 yaşından büyük olmak,
2. En az okur-yazar olmak,
3. DSM-IV e göre OKB ve MDB tanı ölçütlerini karşılıyor olmak,
4. OKB hastaları için MDB ek tanısının olmaması,
5. MDB hastaları için OKB ek tanısının olmaması,
6. Çalışmanın yönergesini izleyebilecek zihinsel ve fiziksel yeterliliğe sahip olması
7. Mevcut araştırmaya katılmayı kendi rızası ile kabul etmek ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamak,
8. Araştırma süresince yapılacak klinik görüşme ve uygulanacak hastanın dolduracağı ya da klinisyen tarafından doldurulacak ölçek ve formların sağlıklı biçimde tamamlanmasına yetecek düzeyde ruhsal ve fiziksel yeterliliğe sahip olmak.

4.3. Araştırmadan dışlama ölçütleri

1. OKB hastalarında DSM-IV'e göre nikotin bağımlılığı dışında Eksen-1 tanılı başka hastalığının bulunması,
2. MDB hastalarında DSM-IV'e göre nikotin bağımlılığı dışında Eksen-1 tanılı başka hastalığının bulunması,
3. Mental Retardasyon bulunması,
4. İşlevsellik düzeyini önemli ölçüde etkilendiği varsayılan, herhangi bir nörolojik veya fiziksel hastalık öyküsünün olması

4.4. Araştırmada Uygulanan Veri Toplama Araçları

1. SCID-I Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu
2. Sosyodemografik Veri Formu
3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)- Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi
4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)
5. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)
6. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)

4.4.1. SCID-I DSM-IV için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:

Hasta grubu ve kontrollerde DSM-IV'e göre birinci eksen psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırma amacı ile First ve arkadaşları tarafından geliştirilen yapılandırılmış görüşme formudur(171).

Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından Türkçe çevirisi, uyarlaması, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır(172). Görüşmecilerin tüm tanılar için uyuma yüzdeleri % 98.1 ve Kapa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur.

4.4.2. Sosyodemografik Veri Formu:

Hastalara uygulanan araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formu; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, mesleği, sosyoekonomik düzeyi, doğum yeri, yaşadığı yer, kardeş sayısı, aile bütünlüğü, anne baba eğitimi ve birlikte yaşadığı kişiler gibi kişisel özellikleri değerlendiren sorular ile hastalık süresi, psikotrop ilaç kullanma durumu, tedavi süresi, ilaç öyküsü, hastaneye yatış öyküsü ve psikoterapi öyküsü gibi klinik özellikleri değerlendiren sorular içermektedir.

4.4.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ):

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve ark. tarafından geliştirilmiştir(173).

Görüşmeci tarafından uygulanır ve toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ancak toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde (madde 1b ve 6b dışında) kullanılmakta ve her soruya 0-4 arasında puan verilmektedir. İlk 5 madde obsesyonları, 6-10. maddeler kompulsiyonları değerlendirir. 11.madde ise hastalığın içgörüsünü değerlendirmektedir. 12.madde kişilerin kaçınma davranışlarını, 13.madde kişilerdeki kararsızlık düzeyini, 14.madde sorumluluk duygusunu, 15.madde kişilerin hareketlerindeki yavaşlama düzeyini, 16.madde kişilerin hafızalarına olan güvenlerini değerlendirmektedir. 17-19. maddeler ise uygulayıcı tarafından hastalığın şiddeti, iyileşme düzeyi ve testte verilen bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmeye yöneliktir. Ayrıca ölçeğin yanında belirti dağılımını araştırmaya yönelik Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. Onbirinci madde OKB'nin şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılmamakla birlikte hastaların obsesif-kompulsif belirtilere içgörüsünü değerlendirmektedir. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır(174).

4.4.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D):

Hamilton tarafından 1960 yılında depresyonun şiddetini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir(175).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(176).

Depresyonun bedensel ve psişik belirtilerinin değerlendirildiği 17 madde bulunmaktadır. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-51 arasında değişmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmada kesme puanı 7 olarak hesaplanmıştır.

4.4.5. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A):

Ölçek, Hamilton (1959) tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla oluşturulmuştur(177).

Hem ruhsal hem de bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır(178).

4.4.6. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ):

SİÖ Birchwood ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilmiştir(179).

Kişinin bütün sosyal rolüne yapılan yargıyı gerektiren, rol işlevlerini değerlendiren bir araçtır. SİÖ temel yetileri, sosyal davranışları nicelik yönünden değerlendirir ve aynı zamanda performans eksikliğini yeterlilik eksikliğinden ayırt edebilir.

Hem hasta, hem de hasta yakını için form bulunur ve kendini değerlendirme ölçeği biçimindedir. Temel psikiyatrik bozukluğu olan hasta gruplarına uygulanır. 1) Sosyal uğraşı/sosyal geriçekilme(kendi başına zaman geçirme, karşılıklı konuşmaya başlayabilme, sosyal çekiniklik),2)kişilerarası davranış(arkadaşlarının sayısı, heteroseksüel ilişki,

iletişimin niteliği), 3) öncül sosyal etkinlikler(yaygın sosyal aktiviteler aralığında uğraşı, örn:spor), 4)boş zaman etkinlikleri(hobiler, ilgiler), 5)bağımsızlık-yetkinlik(bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilme),6)bağımsızlık-performans (bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getiribilme) ve 7) iş/meslek(üretken bir işle uğraşma ya da günlük aktivitede yapılandırılmış program yapma) şeklinde yedi alt alandan oluşur.

Ölçeğin toplum standartları hesaplanmamıştır. Karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılır. Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Erakay SY (2001) tarafından yapılmıştır(144).

4.5. Veri toplama yöntemi ve Etik onay

Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, OKB ve MDB tanısı konulmuş hastalar ile SCID görüşmesi yapılarak tanı değerlendirilmesi yapıldı. SCID görüşmesinin ardından araştırmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan 60 OKB tanılı ve 60 MDB tanılı hastaya sosyodemografik ve klinik özelliklerini saptamak için araştırmacılar tarafından oluşturulan Sosyodemografik Veri Formu, obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini saptamak için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) - YBOKÖ Belirti Kontrol Listesi, depresif belirtilerin şiddetini saptamak için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), anksiyete şiddetini saptamak için Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ve sosyal işlevsellik düzeyini belirlemek için hasta ve hasta yakınlarına Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) uygulandı.

Bu araştırma için Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 20/11/2013/ 20478486-300 sayılı onay belgesi uyarınca, bireyler çalışmaya alınmadan önce, tüm katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve konuyla ilgili olarak bilgilendirilmiş onamları alındı.

4.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Sürekli değişkenler, ortalama, standart sapma, min maks ile; kategorik değişkenler ise sayı yüzde dağılımları ile tanımlanmıştır.

Tanımlayıcı bulguları, istatistik çözümler izlemektedir: araştırmada tek değişkenli istatistik çözümler uygulanmıştır. Bu araştırmanın değişkenleri aşağıda şekil 1'de listelenmiştir. Bağımlı değişkenlerin her biri için ayrı ayrı tek değişkenli istatistik çözümler yapılmıştır. İstatistik çözümlerlerde bütün bağımlı değişkenler sürekli (sayısal) değişken olarak kullanılmışlardır.

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişkenler
1.Hastalık tipi(OKB-MDB) 2.Hastanın sosyodemografik özellikleri 3.Hastanın klinik özellikleri - YBOKÖ puanları - YBOKÖ-belirti kontrol listesi - HAMD puanları - HAMA puanları	1. Sosyal işlevsellik düzeyleri SİÖ alt alanları - Sosyal uğraşı/sosyal geri çekilme - Kişilerarası işlevsellik - Öncül sosyal etkinlikler - Boş zamanları değerlendirme - Bağımsızlık düzeyi-yetkinlik - Bağımsızlık düzeyi-performans -İş/meslek

Şekil-1: Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

4.6.1. İstatiksel Değerlendirme:

Verilerin analizinde öncelikle tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Tek değişkenli çözümlerlerde, her bir bağımsız değişken ile her bir bağımlı değişkenin ikili ilişkisi araştırılmıştır. Kategorik değişkenlerde Ki-kare testi, sayısal değişkenlerde bağımsız gruplarda T-testi varyans analizi; parametrik olmayan durumlarda Mann Whitney U önemlilik testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenin üç veya daha çok alt kategoriye ayrıldığı karşılaştırmalarda ise Kruskal Wallis ANOVA önemlilik testi kullanılmıştır.

Gruplar arasında farklılık bulunduğu durumlarda farkın hangi gruptan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla post hoc test olarak Mann Whitney U test uygulanmıştır. Post hoc karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi grup sayısına göre bölünerek elde edilmiştir.

Bağımsız değişkenin sürekli değişken tipinde olduğu durumlarda ise karşılaştırmalarda, parametrik durumlarda Pearson korelasyonu, parametrik olmayan durumlarda Spearman's Rho korelasyonu kullanılmıştır. İstatistik çözümlerinde anlamlılık düzeyi en az 0.05 olarak kabul edilmiştir. Çözümler, SPSS 15.0 istatistik paketi kullanılarak yapılmıştır.



V- BULGULAR

Araştırma Aralık 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütüldü. Polikliniğe başvuran 74 obsesif kompulsif bozukluk hastasından 9 tanesinde depresyon eş tanısı eşlik ettiği için, 5 tanesi çalışmaya katılmak istemediği için dışlandı. Araştırma kriterlerini karşılayan 60 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı hasta değerlendirmeye alındı. Polikliniğe başvuran 67 depresif bozukluk hastasından 7 tanesi çalışmaya katılmak istemediği için araştırma kriterlerini taşıyan 60 Depresyon hastası değerlendirmeye alındı.

5.1.Tanımlayıcı Bulgular

5.1.1.Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan OKB ve depresyon hastalarının sosyodemografik özellikleri tablo 1'de izlenmektedir: Araştırmaya alınan obsesif kompulsif bozukluk hastalarının yaş ortalaması 35.78 ± 10.75 yıl (min:18, mak:61), depresyon hastalarının ise 38.73 ± 12.38 yıl (min:18, maks:65) olarak bulundu. OKB hastaların 48'i (%80,0) kadın, 12'si (%20) erkekti. Depresyon hastalarının 46'sı (%76,7) kadın, 14'ü (%23,3) erkekti.

OKB hastalarının 39'u (%65,0); depresyon hastalarının 41'i (68,3) evli olup geriye kalanlar berkar, boşanmış veya eşi ölmüş idi. OKB hastalarının 41'i (%68,3), depresyon hastalarının 39'u (65,0) çocuk sahibiydi. OKB hastalarının 35'i (%58,3) ; depresyon hastalarının 31'i (%51,7) 1 veya 2 çocuk sahibiydi.

Kişilerin eğitim durumlarına bakıldığında benzer oranlar görüldü. OKB hastalarının 19'u (31,7) ilkokul, 16'sı (%26,7) lise, , 15'i (%25,0) üniversite

mezunuyken; depresyon hastalarının 20'si ilkokul, 14'ü (%23,4.9 üniversite, 13'ü (%21,7) lise mezunuydu.

Meslek gruplarına bakıldığında OKB hastalarının 1'i çiftçi, 5'i işçi, 5'i memur, 30'u evhanm, 2'si işsiz, 7'si öğrenci, 3'ü emekli, 7'si sınıflandırılmamış grupta idi. Depresyon hastalarının 3'ü çiftçi, 9'u işçi, 8'i memur, 20'si evhanımı, 3'ü işsiz, 6'sı öğrenci, 4'ü emekli, 3'ü esnaf, 5'i sınıflandırılmamış grupta idi. OKB hastalarının 16'sı (%26,7), depresyon hastalarının 24'ü (%40'ı) aktif olarak çalışıyordu.

OKB hastalarının 40'ı (%66,7), depresyon hastalarının 36'sı (%60) gelir durumunu orta seviyede algılıyordu.

Hem OKB hem de depresyon hastalarının doğum yeri çoğunlukla ilçeydi. OKB hastaları sırasıyla 13'ü küçük kentte, 8'i büyük kentte, 6'sı köyde, 3'ü yurtdışında doğmuşken; depresyon hastalarının 13'ü küçük kentte, 9'u köyde, 3'ü büyük kentte, 1'i yurtdışında doğmuştu.

OKB hastalarının 22'si (%36,7) kasaba/ ilçede, 21'i (%35,0) küçük kentte yaşarken; depresyon hastalarının 21'i (%35,0) küçük kentte, 19'u (%31,7) kasaba/ ilçede yaşıyordu.

Kardeş sayılarına bakıldığında OKB hastalarının 42'sinin (%70,0), depresyon hastalarının 35'inin (58,3) 3 veya daha fazla kardeş olduğu görüldü. OKB hastalarının 22'sinin kardeşleri arasında (%36,7) 2. sırada, depresyon 22'sinin (%36,7) 1. sırada olduğu görüldü.

OKB ve depresyon hastalarının çoğununun anne ve babasının hayatta olduğu görüldü. Anne ve babası hayatta olmayan 7 (%11,7) OKB hastası; 9 (%15,0) depresyon hastası vardı.

Hastaların ebeveynlerinin eğitim düzeyine bakıldığında OKB hastalarının babalarının 32'sinin (%53,3) ve annelerinin 31'i (%51,7) önemli bir kısmı ilkokul mezunuydu. Depresyon hastalarının babalarının 37'si (%61,7) ve annelerinin 26'sı (%43,3) ilkokul mezunuydu.

Araştırmaya katılan tüm hastaların sağlık güvencesi bulunmaktaydı.

Tablo1: Araştırmaya katılan OKB ve Depresyon hastalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Değişken		OKB (n:60)		Depresyon (n:60)	
		Sayı	%	Sayı	%
Yaş (ort ± ss)		35.78 ± 10.75		38.73 ±12.38	
Cinsiyet	Erkek	12	20,0	14	23,3
	Kadın	48	80,0	46	76,7
Medeni Durum	Bekar	17	28,3	13	21,7
	Evli	39	65,0	41	68,3
	Boşanmış	1	1,7	4	6,7
	Eşi ölmüş	3	5,0	2	3,3
Çocuk Sahibi	Var	41	68,3	39	65,0
	Yok	19	31,7	21	35,0
Çocuk Sayısı	0	19	31,7	20	33,3
	1 veya 2	35	58,3	31	51,7
	3 veya üstü	6	10,0	9	15,0
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar	2	3,3	3	5,0
	İlkokul	19	31,7	20	33,3
	Ortaokul	8	13,3	10	16,7
	Lise	16	26,7	13	21,7
	Üniversite	15	25,0	14	23,4
Meslek	Çiftçi	1	1,7	3	5,0
	İşçi	5	8,3	9	15,0
	Memur	5	8,3	8	13,3
	Evhanımı	30	50,0	20	31,7
	İşsiz	2	3,3	3	5,0
	Öğrenci	7	11,7	6	10,0
	Emekli	3	5,0	4	6,7
	Esnaf/serbest	-	-	3	5,0
	Diğer	7	11,7	5	8,3

Tablo1: (Devamı) Araştırmaya katılan OKB ve Depresyon hastalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Değişken		OKB (n:60)		Depresyon (n:60)	
		Sayı	%	Sayı	%
Çalışma Durumu	Çalışıyor	16	26,7	24	40,0
	Çalışmıyor	44	73,3	36	60,0
Algılanan gelir durumu	Düşük	8	13,3	16	26,7
	Orta	40	66,7	36	60,0
	İyi	12	20,0	7	11,7
Doğum Yeri	Köy	6	10,0	9	15,0
	Kasaba/ilçe	30	50,0	34	56,7
	Küçük kent	13,0	21,7	13	21,7
	Büyük kent	8	13,3	3	5,0
	Yurtdışı	3	5,0	1	1,7
Yaşadığı yer	Köy	3	5,0	6	10,0
	Kasaba/ilçe	22	36,7	19	31,7
	Küçük kent	21	35,0	21	35,0
	Büyük kent	12	20,0	12	20,0
	Yurtdışı	2	3,3	2	3,3
Kardeş Sayısı (kategorik)	0,1 veya 2	18	30,0	25	41,7
	3 veya üstü	42	70,0	35	58,3
Kaçıncı Çocuk Olduğu	1. çocuk	20	33,3	22	36,7
	2. çocuk	22	36,7	19	31,7
	3. veya üstü	18	30,0	19	31,7
Aile Bütünlüğü	Anne Baba hayatta	37	61,7	37	61,7
	Yalnız Anne hayatta	11	18,3	11	18,3
	Yalnız Baba hayatta	5	8,3	3	5,0
	Anne Baba hayatta değil	7	11,7	9	15,0
Baba Eğitimi	Okuryazar değil	6	10,0	3	5,0
	Okuryazar	4	6,7	3	5,0
	İlkokul	32	53,3	37	61,7
	Ortaokul	4	6,7	-	-
	Lise	6	10,0	7	11,7
	Üniversite	8	13,3	10	16,7
Anne Eğitimi	Okuryazar değil	12	20,0	13	21,7
	Okuryazar	5	8,3	10	16,7
	İlkokul	31	51,7	26	43,3
	Ortaokul	2	3,3	1	1,7
	Lise	6	10,0	8	13,3
	Üniversite	2	3,3	2	3,3

5.1.2. Hastalığa İlişkin Özellikler

Araştırmamızda OKB hastalarının ortalama hastalık süresi 8.71 ± 7.14 yıl, tedavi süresi 4.46 ± 4.76 olarak bulundu. Hastaların Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) obsesyon alt puanı ortalaması 10.95 ± 4.53 , YBOKÖ kompulsiyon alt puanı ortalaması 9.50 ± 5.05 , YBOKÖ toplam puan ortalaması 20.45 ± 7.71 ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) toplam puan ortalaması 1.11 ± 0.32 olarak bulundu (Tablo 2).

Depresyon hastalarının ortalama hastalık süresi 3.93 ± 4.49 yıl, tedavi süresi 2.41 ± 2.95 olarak bulundu. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) toplam puan ortalaması 21.86 ± 4.49 olarak bulundu (Tablo 3).

Tablo 2- Araştırmaya katılan OKB hastaların klinik özellikleri ve ölçek puanlarına göre dağılımı

	Sayı	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma
Hastalık süresi (yıl)	60	1	30	8.71	7.14
Tedavi süresi (yıl)	60	0	20	4.46	4.76
YBOKÖ obsesyon puanı	60	0	20	10.95	4.53
YBOKÖ kompulsiyon puanı	60	0	20	9.50	5.05
YBOKÖ toplam puanı	60	3	39	20.45	7.71
HDDÖ puanı	60	1	2	1.11	0.32

Tablo 3- Araştırmaya katılan depresyon hastalarının klinik özellikler ve ölçek puanlarına göre dağılımı

	Sayı	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma
Hastalık süresi (yıl)	60	1	25	3.93	4.49
Tedavi süresi (yıl)	60	0	15	2.41	2.95
HDDÖ puanı	60	9	35	21.86	4.49

Hastaların tamamında en az bir çeşit obsesyon ve en az bir çeşit kompulsiyon vardı. Hastaların 23'ünde (%38.3) saldırganlık obsesyonları, 43'ünde (%71.7) kirlenme obsesyonları, 37'sinde (%61.7) kuşku obsesyonları, 13'ünde (%21.7) cinsel obsesyonlar, 4'ünde (%6.7) biriktirme/saklama obsesyonları, 19'unda (%31.7) dini obsesyonlar, 21'inde (%35.0) simetri/düzen obsesyonları, 3'ünde (%5.0) somatik obsesyonlar, 17'sinde (%28.3) diğer obsesyonlar saptandı. Hastaların 45'inde (%75.0) temizleme kompulsiyonları, 43'ünde (%71.7) kontrol etme kompulsiyonları, 29'unda (%48.3) tekrarlama kompulsiyonları, 14'ünde (%23.3) sayma kompulsiyonları, 11'inde (%18.3) sıralama/düzenleme kompulsiyonları ve 11'inde (%18.3) diğer kompulsiyonlar vardı. (Tablo 4)

Örneklemimizde kadın hastalarda sırasıyla kirlenme, kuşku ve saldırganlık obsesyonları; erkeklerde sırasıyla kirlenme ve kuşku eşit olarak sonrasında cinsel obsesyonlar daha sık saptanmıştır. Yine aynı şekilde kadın OKB hastalarında temizleme/ yıkama, kontrol etme, tekrarlama kompulsiyonları daha sık görülür iken; erkeklerde temizleme/yıkama ve kontrol etme eşit görülürken sonrasında tekrarlama kompulsiyonları daha sık görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 4- Araştırmaya katılan OKB hastalarının klinik belirtilerine göre dağılımı

DEĞİŞKEN	SAYI	%
Obsesyonlar	60	100
Saldırganlık	23	38.3
Kirlenme	43	71.7
Kuşku	37	61.7
Cinsel	13	21.7
Biriktirme/ saklama	4	6.7
Dini	19	31.7
Simetri ve düzen	21	35.0
Somatik	3	5.0
Diğer	17	28.3
Kompulsiyonlar	60	100
Temizleme/yıkama	45	75.0
Kontrol etme	43	71.7
Tekrarlama	29	48.3
Sayma	14	23.3
Sıralama/düzenleme	11	18.3
Biriktirme/toplama	0	0.0
diğer	11	18.3

Tablo 5- Araştırmaya katılan OKB hastalarının obsesyon ve kompulsiyon sıklıklarının cinsiyete göre dağılımı

Değişken	Kadın (n=48)	Erkek (n=12)
Obsesyonlar		
Saldırganlık	21(%43,8)	2(%16,7)
Kirlenme	35(%72,9)	8(%66,7)
Kuşku	29(%60,4)	8(%66,7)
Cinsel	7(%14,6)	6(%50)
Biriktirme/saklama	3(%6,3)	1(%8,3)
Dini	15(%31,3)	4(%33,3)
Simetri ve düzen	19(%39,6)	2(%16,7)
Somatik	2(%4,2)	1(%8,3)
Diğer	13(%27,1)	4(%33,3)
Kompulsiyonlar		
Temizleme/yıkama	36(%75)	9(%75,0)
Kontrol etme	34(%70,8)	9(%75,0)
Tekrarlama	22(%45,8)	7(%58,3)
Sayma	10(%20,8)	4(%33,3)
Sıralama/düzenleme	7(%14,6)	4(%33,3)
Biriktirme/toplama	0(%0)	0(%0)
Diğer	6(%12,5)	5(%41,7)

OKB hastalarının % 85'inin halen psikiyatrik bir tedavi aldığı, %75'inin antidepresan, %16.7'sinin antipsikotik kullandığı; 5 hasta hiç ilaç kullanmadığı saptandı. Hastaların 3'ünün (%5.0) psikoterapi tedavisi gördüğü, 12'sinin (%20.0) psikiyatrik tedavi için hastaneye yatışının olduğu öğrenildi (Tablo 6).

Depresyon hastalarının %75'inin halen psikiyatrik bir tedavi aldığı, %70'inin antidepresan, %8.3'ünün antipsikotik kullandığı; 13 hastanın hiç ilaç kullanmadığı saptandı. Hastaların 2'sinin (%3.3) psikoterapi tedavisi gördüğü,

23'ünün (%38.3) psikiyatrik tedavi için hastaneye yatışı olduğu öğrenildi (Tablo 7).

Tablo 6- Araştırmaya katılan OKB hastalarının tedavi öyküsü özelliklerine göre dağılımı

Değişken		Sayı	%
Psikiyatrik ilaç kullanma	Hiç kullanmamış	4	6.7
	Geçmişte kullanmış, şuan kullanmıyor	5	8.3
	Halen kullanıyor	51	85.0
Kullandığı ilaç grubu	Kullanmıyor	5	8,3
	SSRI	33	55.0
	SNRI	4	6.7
	TCA	8	13.3
	Antipsikotik	10	16.7
Psikoterapi öyküsü	Var	3	5.0
	Yok	57	95.0
Hastaneye yatış öyküsü	Var	12	20.0
	Yok	48	80.0

Tablo 7- Araştırmaya katılan depresyon hastaların tedavi öyküsü özelliklerine göre dağılımı

Değişken		Sayı	%
Psikiyatrik ilaç kullanma	Hiç kullanmamış	12	20,0
	Geçmişte kullanmış,şuan kullanmıyor	3	5,0
	Halen kullanıyor	45	75,0
Kullandığı ilaç grubu	Kullanmıyor	13	21,7
	SSRI	34	56,7
	SNRI	5	8,3
	TCA	3	5,0
	Antipsikotik	5	8,3
Psikoterapi öyküsü	Var	2	3,3
	Yok	58	96,7
Hastaneye yatış öyküsü	Var	23	38,3
	Yok	37	61,7

5.1.3. Hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeğine İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan OKB hastalarına bakıldığında . öncül sosyal etkinlik puanları 103.35 ± 14.32 , boş zamanları değerlendirme puanları 94.46 ± 14.48 , bağımsızlık yetkinlik puanları 105.16 ± 20.82 , bağımsızlık performans puanları 107.47 ± 17.16 , sosyal çekilme puanları 101.22 ± 12.00 , kişiler arası işlevsellik puanları $109.68.33 \pm 16.07$ olarak saptanırken; ölçek içinde kendini aktif çalışan olarak işaretleyen 46 kişinin iş meslek puanları 93.38 ± 8.72 olarak bulundu (Tablo 8).

Tablo 8- Araştırmaya katılan OKB hastalarının sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarının dağılımı

OKB	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Hasta öncül sosyal etkinlik	60	76,00	129,50	103,35	14,32
Hasta boş zamanları değerlendirme	60	63,00	126,50	94,46	14,48
Hasta bağımsızlık yetkinlik	60	49,00	123,00	105,16	20,82
Hasta bağımsızlık performans	60	73,50	131,00	107,47	17,16
Hasta iş meslek	46	81,50	109,50	93,38	8,72
Hasta sosyal çekilme	60	70,50	133,00	101,22	12,00
Hasta kişilerarası işlevsellik	60	78,00	145,00	109,68	16,07

Araştırmaya katılan depresyon hastalarına bakıldığında .öncül sosyal etkinlik puanları 97.676 ± 10.33 , boş zamanları değerlendirme puanları 87.48 ± 12.99 , bağımsızlık yetkinlik puanları 97.85 ± 18.27 , bağımsızlık performans puanları 100.926 ± 15.82 , sosyal çekilme puanları 96.876 ± 9.18 , kişiler arası işlevsellik puanları 104.056 ± 16.15 olarak saptanırken; ölçek içinde kendini aktif çalışan olarak işaretleyen 36 kişinin iş meslek puanları 88.456 ± 7.57 olarak bulundu (Tablo 9).

Tablo 9- Araştırmaya katılan Depresyon hastalarının sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarının dağılımı

Depresyon	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Hasta öncül sosyal etkinlik	60	76	129	97.67	10.33
Hasta boş zamanları değerlendirme	60	57	119	87.48	12.99
Hasta bağımsızlık yetkinlik	60	49	123	97.85	18.27
Hasta bağımsızlık performans	60	53	124	100.92	15.82
Hasta iş meslek	36	81.50	107	88.45	7.57
Hasta sosyal çekilme	60	80	124.50	96.87	9.18
Hasta kişilerarası işlevsellik	60	55	145	104.05	16.15

5.1.4. Hastaların ve hasta yakınlarının sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının karşılaştırılması

OKB ve Depresyon hastalarının sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarına bakıldığında hasta ve hasta yakınlarının değerlendirmesinin ve ortaya çıkan ortalama puanların benzer olduğu görülmüştür.

5.2.İstatiksel değerlendirme

5.2.1. Hastaların sosyal işlevsellik puanları ile sosyodemografik özelliklerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

OKB ve depresyon hastalarının sosyal işlevsellik ölçek skorlarının, kendilerinin sosyodemografik özellikleri ve aile özelliklerine göre dağılımı tablo 12 ve 13 'te izlenmektedir.

OKB ve depresyon hastalarında cinsiyetin işlevselliğe bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Medeni duruma baktığımızda ise OKB hastalarında evli olmayanların iş meslek puanları evli olanlara göre daha anlamlı bulunurken; depresyon hastalarında evli olmayanlarda öncül sosyal etkinlik ve bağımsızlık performans puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$).

Hem OKB hem depresyon hastalarında aile bütünlüğü ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çocuk sayısı göz önüne alındığında OKB hastalarında çocuğu olmayanların olanlara göre bağımsızlık yetkinlik puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu($p=0,030$).

Depresyon hastalarında çocuk sayısı ile öncül sosyal etkinlikler ve bağımsızlık performans puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$).

Depresyon hastalarında hiç çocuğu olmayanların 1 veya 2 çocuk($p=0,00$); 3 çocuk ve üstüne($p=0,018$) sahip olanlara göre öncül sosyal etkinlikleri değerlendirme puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Depresyon hastalarında hiç çocuğu olmayanların bağımsızlık performans puanlarında 3 veya daha fazla çocuğu olanlarla anlamlı fark saptanmaz iken 1 veya 2 çocuğu olanlara göre anlamlı olarak yükseklik saptanmıştır ($p=0,030$).

OKB hastalarında büyük şehir ve yut dışında doğanlarda mesleki işlevsellikleri köyde doğanlara göre anlamlı olarak daha iyi bulunmuştur($p=0,33$).

Depresyon hastalarında doğum yeri ile mesleki işlevsellik arasında bir ilişki saptanmadı.

OKB hastalarında gelir durumu ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken; depresyon hastalarında gelir düzeyini orta, iyi ve çok iyi olarak tanımlayanlarda sosyal çekilme puanları gelir düzeyini düşük olarak tanımlayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur($p=0,001$).

OKB hastalarında kaçınıcı çocuk olduğu ile sosyal işlevsellik arasında bir ilişki bulunmadı.

Depresyon hastalarında 3. çocuk olarak veya sonrasında doğanların 2. çocuk olarak doğanlara göre daha yüksek sosyal çekilme puanı aldıkları görülmüştür($p=0,042$).

Kardeş sayısının OKB'de işlevsellik üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Depresyon hastalarında ise iş meslek alt ölçek puanı 2 kardeş olanlarda 3 ve daha fazla kardeş olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur($p=0,030$).

OKB hastalarında eğitim düzeyi yüksek olanlarda öncül sosyal etkilikleri değerlendirme ve iş meslek alt ölçek puanlarının eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. OKB hastalarında ortaokul ve lise eğitim düzeyine sahip olanların öncül sosyal etkinlik puanları ilkokul ve daha alt düzey eğitim seviyesine sahip olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur($p=0,29$). Yüksekokul ve üniversite mezunun olan OKB hastalarının ise öncül sosyal etkinlikleri değerlendirme puanları diğer tüm eğitim seviyesine sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur($p=0,00$).

İş meslek alt ölçek puanları ilkokul ve daha alt düzey eğitim seviyesine sahip OKB hastalarında anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur($p=0,006$).

Depresyon hastalarında ise eğitim düzeyi ile kişiler arası işlevsellik arasında ilişki bulunmuştur. Yüksekokul ve üniversite mezunlarının kişilerarası işlevsellik puanları ortaokul ve lise mezunlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur($p=0,06$)

30 yaşından küçük OKB hastalarının bağımsızlık yetkinlik puanları($p=0,032$) ve iş meslek puanları ($p=0,031$) 40 yaşından büyük olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Depresyon hastalarında ise 30 yaşından küçük olanların diğer büyük yaş gruplarına göre öncül sosyal etkinlik puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur($p=0,002$) (Tablo 10) (Tablo11).

Tablo 10- OKB ve Depresyon hastaların sosyal işlevsellik alt ölçek skorlarının kendi aile özelliklerine göre dağılımı

Değişken (n)		Öncül Sosyal Etkinlik (Ort±.ss)	Boş Zamanları Değerlendirme (Ort±.ss)	Bağımsızlık Yetkinlik (Ort±.ss)	Bağımsızlık Performans (Ort±.ss)	İş Meslek (Ort±.ss)	Sosyal Çekilme (Ort±.ss)	Kişilerarası İşlevsellik (Ort±.ss)
Cinsiyet OKB	Kadın	101,80±13,16	93,94±14,33	104,94±22,39	109,34±17,20	93,34±8,99	101,07±11,24	110,12±16,71
	Erkek	109,54±17,51	96,54±15,54	106,04±13,45	100,00±15,48	93,56±7,84	101,83±15,22	107,91±13,73
*p		,096	,523	,521	,057	,928	,926	,679
Cinsiyet Depresyon	Kadın	97,70±9,92	87,91±12,97	97,27±18,13	101,57±15,26	88,06±7,65	97,71±9,56	104,06±15,98
	Erkek	97,57±11,97	86,07±13,44	99,75±19,28	98,78±17,99	90,41±7,49	94,10±7,45	104,00±17,31
*p		,902	,772	,551	,840	,391	,191	,894
Medeni durum OKB	Evli	101,12±12,29	93,21±13,94	102,83±24,40	108,42±18,45	91,29±8,97	102,55±11,44	110,41±18,07
	Evli olmayanlar	107,47±17,04	96,78±15,52	109,50±10,81	105,71±14,74	96,94±7,81	98,76±12,88	108,33±11,78
**p		0,102	0,367	0,240	0,564	0,032	0,247	0,637
Medeni durum Depresyon	Evli	95,03±8,51	85,71±13,00	95,00±20,44	97,50±16,93	86,81±7,26	98,42±10,03	102,29±16,09
	Evli olmayanlar	103,36±11,77	91,28±12,43	104,00±10,36	108,31±9,94	91,75±7,83	93,52±5,95	107,84±16,05
**p		0,003	0,123	0,076	0,013	0,064	0,054	0,219
Aile bütünlüğü OKB	Anne baba hayatta	106,64±4,98	95,89±4,80	106,64±6,42	105,83±5,39	94,79±2,85	101,13±4,37	108,56±4,90
	Anne babadan birisi ölmüş	97,43±7,17	91,53±8,29	100,03±14,19	111,25±10,37	92,60±6,22	101,18±6,13	107,37±7,92
	Anne ve baba ölmüş	99,42±6,68	93,64±12,4	108,85±11,78	107,50±16,76	87,90±10,89	101,78±6,89	120,85±21,21
***p		0,072	0,603	0,507	0,582	0,252	0,992	0,143
Çocuk sayısı OKB	Çocuk yok	108,21±8,15	96,36±7,88	108,81±5,23	105,73±6,28	95,33±4,49	99,86±6,42	107,52±6,09
	1 veya 2 çocuk	101,82±4,39	93,85±4,62	106,77±6,96	109,54±6,33	92,16±3,98	101,34±4,21	110,88±6,00
	3 ve üstü çocuk	96,83±11,54	92,00±16,79	84,25±37,98	100,91±22,72	93,58±6,35	104,83±4,7	109,50±20,33
***p		0,148	0,761	0,030	0,462	0,547	0,681	0,770

Aile bütünlüğü Depresyon	Anne baba hayatta	98,54±10,32	89,40±13,31	99,78±14,83	104,52±13,14	89,25±7,18	97,31±9,91	104,24±16,35
	Anne babadan birisi ölmüş	98,53±10,82	85,71±12,53	94,17±21,28	95,32±17,14	88,05±9,41	96,46±8,78	104,92±14,97
	Anne ve baba ölmüş	92,77±9,22	82,33±11,81	95,61±26,26	94,83±20,85	87,18±6,62	95,72±7,18	101,88±18,71
***p		0,309	0,293	0,581	0,080	0,807	0,885	0,904
Çocuk sayısı Depresyon	Çocuk yok	105,11±10,19	90,92±11,07	102,20±10,98	108,37±9,41	91,40±7,89	96,27±10,31	109,05±19,54
	1 veya 2 çocuk	93,19±8,55	83,40±13,96	96,95±22,58	97,00±18,15	87,63±7,70	96,67±9,21	100,74±15,22
	3 ve üstü çocuk	95,61±5,30	93,88±9,02	91,27±12,84	97,88±13,84	86,50±6,50	98,88±6,74	104,33±6,61
***p		0,000	0,033	0,310	0,033	0,342	0,772	0,202
Kaçınıcı çocuk olduğu OKB	1. çocuk	109,22±11,92	95,22±16,11	110,60±16,23	110,27±16,50	92,10±10,15	99,45±10,90	111,35±16,96
	2. çocuk	101,18±14,55	95,34±12,30	101,47±22,68	106,29±15,27	94,05±8,66	103,70±12,06	108,04±13,13
	3 ve üst sıradaki çocuk	99,47±15,11	95,55±15,67	103,63±22,79	105,47±20,32	93,76±7,65	100,16±13,20	109,83±18,85
***p		0,073	0,805	0,347	0,614	0,811	0,476	0,806
Kaçınıcı çocuk olduğu Depresyon	1. çocuk	99,43±9,67	87,15±10,14	101,11±16,80	102,70±13,22	87,81±6,86	97,88±7,80	106,09±17,88
	2. çocuk	97,07±11,45	88,28±15,26	98,36±13,62	102,07±14,23	91,20±8,88	92,73±6,77	100,73±11,04
	3 ve üst sıradaki çocuk	96,23±10,15	87,05±14,10	93,55±23,38	97,71±19,94	86,46±6,74	99,84±11,43	105,00±18,50
***p		0,594	0,949	0,420	0,567	0,285	0,044	0,552

* Mann-Whitney **Student t test *** ANOVA

Tablo 11- OKB ve Depresyon hastaların sosyal işlevsellik alt ölçek skorlarının kendi öğrenim ve gelir düzeylerine göre dağılımı

Değişken (n)		Öncül Sosyal Etkinlik (Ort±.ss)	Boş Zamanları Değerlendirme (Ort±.ss)	Bağımsızlık Yetkinlik (Ort±.ss)	Bağımsızlık Performans (Ort±.ss)	İş Meslek (Ort±.ss)	Sosyal Çekilme (Ort±.ss)	Kişilerarası İşlevsellik (Ort±.ss)
Öğrenim düzeyi OKB	Okuma yazma var/yok- ilkokul	94,57±10,99	89,28±13,97	96,64±26,23	104,71±19,93	88,76±9,55	99,54±10,43	107,33±19,62
	Ortaokul-lise	104,27±12,94	95,72±11,59	109,66±12,93	106,08±15,63	94,77±6,83	102,41±12,70	109,95±13,63
	Yüksekokul-üniversite	114,16±13,18	99,70±17,67	109,90±20,03	113,56±14,77	100,21±6,44	101,66±13,40	112,52±14,71
	p	0,000	0,088	0,064	0,278	0,006	0,723	0,637
Öğrenim düzeyi Depresyon	Okuma yazma var/yok- ilkokul	95,23±8,82	86,76±12,61	95,73±20,07	97,50±16,71	85,91±6,48	97,58±9,05	104,34±13,40
	Ortaokul-lise	98,17±11,66	87,97±13,78	96,56±18,70	101,21±13,57	90,00±8,55	94,15±7,63	97,60±15,24
	Yüksekokul-üniversite	100,85±10,03	87,85±13,16	103,42±14,03	106,07±17,39	93,50±4,61	100,17±10,93	114,14±17,43
	p	0,268	0,945	0,429	0,282	0,114	0,137	0,008
Gelir Düzeyi OKB	Düşük	97,93±15,05	89,75±14,88	97,75±25,13	99,37±19,67	92,37±9,66	95,18±10,84	103,25±22,72
	Orta	102,57±14,41	94,60±14,04	103,52±21,53	108,07±16,61	92,55±8,00	101,43±11,43	110,67±15,46
	İyi -Çok iyi	109,54±12,41	97,16±16,17	115,58±10,53	110,87±17,16	96,94±10,20	104,54±13,96	110,66±13,22
	p	0,175	0,538	0,118	0,322	0,402	0,231	0,485
Gelir Düzeyi Depresyon	Düşük	97,84±9,06	87,34±10,75	97,00±20,22	100,25±16,80	88,19±8,61	91,37±6,16	+100,31±22,44
	Orta	96,72±10,57	85,90±13,44	97,55±17,22	100,31±16,38	88,13±6,88	97,50±9,18	104,69±13,22
	İyi -Çok iyi	101,62±11,90	94,87±13,96	100,87±21,01	105,00±11,89	90,87±8,9	105,06±7,72	108,62±13,72
	p	0,485	0,212	0,880	0,743	0,804	0,001	0,467

* ANOVA

5.2.2. Hastaların klinik özellikleri ve psikiyatrik tedavi özelliklerine göre sosyal işlevsellik ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

OKB hastalarının sosyal işlevsellik alt ölçek puanların hastalık süresi ve psikiyatrik tedavi ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı tablo 12'de verilmiştir. Okb hastalarının sosyal işlevsellik düzeyleri yatış süresinden etkilenmektedir. Hastaneye yatışı olmayanların sosyal işlevsellik alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur($p<0,05$).



Tablo 12- OKB hastalarının sosyal işlevsellik ölçeği altölçek puanları ile psikiyatrik tedavi ile ilgili özelliklerine göre dağılımı

Değişken (n)		Öncül sosyal etkinlik (Ort±ss)	Boş zamanları değerlendirme (Ort±ss)	Bağımsızlık Yetkinlik (Ort±ss)	Bağımsızlık Performans (Ort±ss)	İş Meslek (Ort±ss)	Sosyal Çekilme (Ort±ss)	Kişilerarası İşlevsellik (Ort±ss)
Psikoterapi geçmişi	Var (3)	95,66±8,73	95,33±12,35	88,83±37,32	106,00±22,65	97,50±00,00	96,83±13,00	118,66±23,45
	Yok (57)	103,75±14,49	94,42±14,68	106,02±19,79	107,55±17,09	93,19±8,87	101,45±12,02	109,21±15,74
*p		0,345	0,916	0,165	0,880	0,501	0,520	0,325
Kullandığı ilaçlar içinde antipsikotik mevcudiyeti	Var (50)	102,24±13,87	94,30±14,20	103,22±21,63	107,13±17,25	92,62±8,54	101,74±11,91	108,28±15,50
	Yok(10)	108,90±15,99	95,30±16,63	114,90±12,94	109,20±17,55	97,57±9,15	98,65±12,76	116,70±17,89
*p		0,182	0,844	0,106	0,731	0,170	0,462	0,132
İlaç kullanım durumu	Var (51)	102,87±14,88	94,39±14,59	106,00±19,40	107,74±16,86	94,02±8,69	102,05±11,48	110,21±16,73
	Yok(9)	106,05±10,85	94,88±14,73	100,38±28,52	105,94±19,85	89,03±8,35	96,50±14,41	106,66±11,95
*p		0,543	0,925	0,460	0,775	0,199	0,203	0,546
Hastaneye yatış geçmişi	Var (12)	94,08±15,74	79,66±8,84	94,37±20,42	92,16±18,89	90,18±8,97	91,50±9,53	98,25±13,77
	Yok(48)	105,66±13,11	98,16±13,24	107,86±20,23	111,30±14,55	94,38±8,52	103,65±11,37	112,54±15,43
*p		0,011	0,000	0,044	0,000	0,166	0,001	0,005

* Student's t test

Depresyon hastalarının sosyal işlevsellik alt ölçek puanların hastalık süresi ve psikiyatrik tedavi ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı tablo 13'de verilmiştir. Depresyon hastalarının öncül sosyal etkinlik puanın ilaç kullanmayan hastalarda daha yüksek olduğu; bağımsızlık performans puanının hastaneye yatışı olmayanlarda daha yüksek olduğu; sosyal çekilme alt ölçek puanının antipsikotik kullanan hastalarda daha yüksek olduğu bulunmuştur($p<0,05$).



Tablo13- Depresyon hastalarının sosyal işlevsellik ölçeği alt ölçek puanları ile psikiyatrik tedavi ile ilgili özelliklerine göre dağılımı

Değişken (n)		Öncül sosyal etkinlik (Ort±ss)	Boş zamanları değerlendirme (Ort±ss)	Bağımsızlık Yetkinlik (Ort±ss)	Bağımsızlık Performans (Ort±ss)	İş Meslek (Ort±ss)	Sosyal Çekilme (Ort±ss)	Kişilerarası İşlevsellik (Ort±ss)
Psikoterapi geçmişi	Var (2)	98,25±2,47	99,00±24,74	100,75±13,08	107,25±2,47	89,50±00,00	98,75±15,90	114,50±13,43
	Yok (58)	97,65±10,50	87,08±12,61	97,75±18,50	100,70±16,05	88,42±7,68	96,81±9,09	103,68±16,21
*p		0,937	0,205	0,822	0,570	0,891	0,772	0,357
Kullandığı ilaçlar içinde antipsikotik mevcudiyeti	Var (55)	98,31±10,34	87,73±12,01	99,22±17,63	102,00±14,33	88,65±7,75	97,64±8,98	104,96±16,29
	Yok (5)	90,60±7,82	84,70±23,03	82,70±20,37	89,10±27,02	86,87±6,60	88,40±7,57	94,00±11,35
*p		0,110	0,785	0,052	0,349	0,664	0,030	0,148
İlaç kullanım durumu	Var (45)	96,13±9,06	87,71±13,82	96,98±20,11	99,02±16,53	88,25±7,33	96,62±9,05	101,95±15,30
	Yok (15)	102,30±12,68	86,80±10,47	100,43±11,21	106,63±12,22	89,00±8,55	97,63±9,84	110,33±17,52
*p		0,044	0,816	0,532	0,107	0,795	0,715	0,082
Hastaneye yatış geçmişi	Var (23)	96,60±10,22	85,73±16,38	94,00±24,70	94,30±18,53	86,93±8,06	94,02±9,64	98,60±17,93
	Yok(37)	98,33±10,47	88,56±10,45	100,24±12,60	105,04±12,45	89,54±7,20	98,64±8,54	107,43±14,16
*p		0,533	0,465	0,270	0,019	0,325	0,066	0,052

* Student's t test

Tablo 14'te görüldüğü gibi OKB hastalarında öncül sosyal etkinlik, boş zamanları değerlendirme ve bağımsızlık performans puanlarının obsesyon türünden etkilenmediği görülmüştür. Bağımsızlık yetkinlik alt ölçek puanlarının saldırganlık obsesyonu olmayanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur($p=0,024$). Kuşku obsesyonu olmayanların iş meslek alt ölçek puanları kuşku obsesyonu bulunanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur($0,036$). Somatik obsesyonu bulunan kişilerin sosyal çekilme alt ölçek puanları; kirlenme obsesyonu bulunanların da kişilerarası işlevsellik alt ölçek puanları aksi bir durum olarak daha yüksek bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol kompulsiyonu olmayanların iş meslek alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunması dışında kompulsiyonlara bakıldığında sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarına anlamlı etkisinin daha az olduğu görülmüştür(Tablo 15).

Tablo 14- OKB hastalarının sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarının hastalarda gözlenen obsesyon çeşitlerine göre dağılımı

Değişken (n) Obsesyonlar		Öncül sosyal etkinik (Ort±.ss)	Boş zamanları değerlendirme (Ort±.ss)	Bağımsızlık Yetkinlik (Ort±.ss)	Bağımsızlık Performans (Ort±.ss)	İş Meslek (Ort±.ss)	Sosyal Çekilme (Ort±.ss)	Kişilerarası İşlevsellik (Ort±.ss)
Saldırganlık	Var (23)	101,45±13,40	93,71±13,24	97,52±24,18	103,32±15,85	91,73±8,53	101,47±8,83	106,26±13,50
	Yok (37)	104,52±14,92	94,93±15,37	109,91±17,10	110,05±17,65	94,53±8,82	101,06±13,72	111,81±17,31
*p		0,424	0,755	0,024	0,141	0,289	0,889	0,196
Kirlenme	Var (43)	104,24±13,29	96,13±90,23	105,05±21,85	107,12±15,52	92,65±8,66	101,79±10,64	112,41±16,31
	Yok (17)	101,08±16,87	90,23±15,45	105,44±18,560	108,35±21,29	95,23±8,94	99,79±15,18	102,76±13,53
**p		0,447	0,157	0,949	0,806	0,373	0,566	0,035
Kuşku	Var (37)	102,40±12,79	92,29±12,46	103,83±20,64	107,22±16,73	91,51±9,19	99,17±9,13	107,86±15,06
	Yok (23)	104,86±16,68	97,95±16,97	107,30±21,38	107,86±18,21	97,23±6,30	104,52±15,20	112,60±17,52
*p		0,522	0,143	0,535	0,890	0,036	0,094	0,270
Cinsel	Var (13)	107,73±18,74	93,38±16,96	100,38±25,82	104,69±17,83	96,27±6,96	103,76±14,81	107,30±17,34
	Yok (47)	102,32±12,90	95,39±13,38	106,68±19,50	109,00±16,47	92,67±9,04	101,17±10,36	110,86±15,59
**p		0,235	0,655	0,343	0,417	0,271	0,473	0,481
Dini	Var (19)	101,39±14,37	91,65±12,50	103,44±22,76	109,23±16,23	91,03±9,80	100,42±10,36	105,26±12,59
	Yok (41)	104,25±14,38	95,76±15,29	105,96±20,10	106,65±17,71	94,51±8,07	101,56±12,79	111,73±16,19
**p		0,476	0,311	0,667	0,593	0,208	0,727	0,149
Simetri	Var (21)	101,59±11,83	92,47±11,22	109,30±19,92	110,40±16,49	93,85±8,91	98,59±12,28	109,09±18,15
	Yok (39)	104,29±15,56	95,53±16,00	102,93±21,20	105,89±17,52	93,10±8,75	102,64±11,76	110,00±15,08
**p		0,491	0,440	0,262	0,336	0,782	0,216	0,837
Biriktirme	Var(4)	100,62±11,70	96,50±11,00	93,12±32,30	97,37±18,42	94,62±10,41	103,75±14,05	110,00±10,36
	Yok(56)	103,54±14,55	94,32±14,77	106,02±19,92	108,19±17,02	93,26±8,68	101,04±11,96	109,66±16,47
**p		0,697	0,774	0,234	0,226	0,769	0,667	0,968
Somatik	Var(3)	107,16±13,75	93,00±11,35	93,00±38,93	105,33±23,62	99,00±5,65	118,00±14,30	111,33±10,96
	Yok(57)	103,14±14,44	94,54±14,71	105,80±19,85	107,58±17,03	93,12±8,79	100,34±11,33	109,59±16,36
**p		0,640	0,859	0,303	0,827	0,357	0,012	0,857
Diğer	Var(17)	101,32±13,13	89,35±13,15	101,58±22,72	103,41±19,35	96,30±7,57	96,08±12,98	108,29±14,20
	Yok(43)	104,15±14,83	96,48±14,63	106,58±20,12	109,08±16,18	91,96±9,00	103,25±11,09	110,23±16,88
**p		0,495	0,086	0,407	0,252	0,115	0,036	0,678

Tablo 15 - OKB hastalarının sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarının hastalarda gözlenen kompulsiyon çeşitlerine göre dağılımı

Değişken(n) Kompulsiyonlar		Öncül Sosyal Etkinlik (Ort±.ss)	Boş zamanları değerlendirme (Ort±.ss)	Bağımsızlık Yetkinlik (Ort±.ss)	Bağımsızlık Performans (Ort±.ss)	İş Meslek (Ort±.ss)	Sosyal Çekilme (Ort±.ss)	Kişilerarası İşlevsellik (Ort±.ss)
Temizlik	Var(45)	103,17±12,74	94,46±13,66	104,24±21,24	106,17±16,12	92,62±8,80	101,03±11,34	110,44±17,20
	Yok(15)	103,86±18,81	94,46±17,25	107,93±19,93	111,36±20,08	95,77±8,41	101,80±14,21	107,40±12,29
**p		0,873	1,00	0,557	0,315	0,302	0,832	0,530
Kontrol	Var(43)	103,10±12,63	93,24±13,67	103,06±21,14	105,54±16,28	91,56±8,77	99,56±11,39	108,79±15,16
	Yok(17)	103,97±18,35	97,55±16,40	110,47±19,57	112,35±18,84	98,00±6,90	105,41±12,80	111,94±18,47
**p		0,835	0,303	0,218	0,168	0,022	0,089	0,499
Tekrarla ma	Var(29)	106,79±14,43	95,60±13,48	105,03±20,30	106,34±17,09	94,40±7,95	100,06±11,44	106,62±12,10
	Yok(31)	100,12±13,66	93,40±15,51	105,29±21,63	108,53±17,44	90,75±9,17	102,30±12,58	112,54±18,81
**p		0,071	0,561	0,963	0,626	0,072	0,475	0,155
Sayma	Var(14)	104,71±9,10	95,03±8,96	111,00±10,04	113,89±14,84	96,73±8,06	101,92±11,21	108,14±11,98
	Yok(46)	102,93±15,62	94,29±15,87	103,39±22,92	105,52±17,49	92,06±8,73	101,01±12,34	110,15±17,21
**p		0,688	0,868	0,234	0,111	0,103	0,805	0,686
Düzenle me	Var(11)	107,72±15,81	91,77±12,30	108,36±17,98	107,50±17,20	92,25±9,41	102,95±13,08	110,63±17,90
	Yok(49)	102,36±13,95	95,07±14,98	104,44±21,51	107,46±17,33	93,61±8,68	100,83±11,85	109,46±15,83
**p		0,266	0,500	0,578	0,996	0,691	0,601	0,830
Diğer	Var(11)	108,63±15,91	95,31±14,91	97,54±26,92	105,04±17,92	96,93±2,74	98,27±16,60	111,00±15,44
	Yok(49)	102,16±13,84	94,27±14,54	106,87±19,12	108,02±17,13	92,63±9,37	101,88±10,82	109,38±16,35
**p		0,178	0,831	0,181	0,608	0,208	0,371	0,767

* Student's t test ; ** Mann Whitney U

5.2.3. OKB hastalarının YBOCS puanlarının işlevsellik üzerine olan etkisi

YBOCS puanı mean değerine göre 2'ye bölündüğünde örneklemimiz içinde 20 puan ve altı hafif, 21 puan ve üstü ağır okb olarak derecelendirilmiştir. Puan ortalamalarına bakıldığında hafif düzeyde OKB hastalarının işlevsellik puanları yüksek bulunsa da istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilememiştir(Tablo16).



Tablo16- Bölünmüş YBOCS puanlarının işlevsellik düzeyine etkisi

Değişken (n) YBOCS puanı	Öncül Sosyal Etkinlik (Ort±.ss)	Boş zamanları değerlendir me (Ort±.ss)	Bağımsızlık Yetkinlik (Ort±.ss)	Bağımsızlık Performans (Ort±.ss)	İş Meslek (Ort±.ss)	Sosyal Çekilme (Ort±.ss)	Kişilerarası İşlevsellik (Ort±.ss)
20 ve altı (30)	105,55±15,17	97,30±16,38	107,88±19,80	110,11±17,31	94,95±7,49	102,28±12,20	112,96±18,25
21 ve üstü (30)	101,15±13,30	91,63±11,91	102,45±21,78	104,83±16,89	92,06±9,58	100,16±11,90	106,40±13,04
*p	0,237	0,131	0,316	0,236	0,267	0,499	0,114

5.2.4. Depresyon hastalarının HAMD puanlarının işlevsellik üzerine olan etkisi

Depresyon hastalarının depresyon düzeyi hafif(8-15 puan), orta(16-28 puan) ve ağır (29 ve üstü) olarak bölündüğünde 53 (%88.3) kişinin orta düzeyde depresyon hastası olduğu görülmüştür. Bu sebeple depresyon şiddet düzeyinin işlevselliğe etkisi istatistiksel olarak değerlendirmeye alınmamıştır(Tablo 17).

Tablo 17- Depresyon hastalarında depresyon şiddet düzeyi

Depresyon şiddet düzeyi	n	%
Hafif	3	5
Orta	53	88.3
Ağır	4	6.7

5.2.5.Sosyal işlevsellik boyut skorlarının hastalık tipine göre dağılımı

OKB ve Depresyon hastalarının sosyal işlevsellik ölçek puanlarına bakıldığında OKB'nin her ne kadar halk arasındaki adı "ruh kanseri" olarak geçse de işlevsellik düzeylerinin depresyon hastalarından anlamlı olarak daha iyi olduğu görülmüştür. Kişilerarası işlevsellik puanlarında her 2 grup arasında bir fark saptanmamıştır (Tablo 18).

Tablo 18- Sosyal işlevsellik boyut skorlarının hastalık tipine göre dağılımı

	Hasta grubu	N	Ortalama	Standart sapma	P*
Öncül sosyal etkinlik	OKB	60	103,35	14,32	,014
	depresyon	60	97,67	10,33	
Boş zamanları değerlendirme	OKB	60	94,46	14,48	,006
	depresyon	60	87,48	12,99	
Bağımsızlık yetkinlik	OKB	60	105,16	20,82	,043
	depresyon	60	97,85	18,27	
Bağımsızlık performans	OKB	60	107,47	17,16	,032
	depresyon	60	100,92	15,82	
İş-meslek	OKB	46	93,38	8,72	,009
	depresyon	36	88,45	7,57	
Kişilerarası işlevsellik	OKB	60	109,68	16,07	,058
	depresyon	60	104,05	16,15	
Sosyal çekilme	OKB	60	101,22	12,00	,028
	depresyon	60	96,87	9,18	

*independent sample t test

VI- TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında Obsesif Kompulsif Bozukluğa sahip bireylerin işlevsellik ve işlevsellikte kayıp derecelerinin ölçülmesi ve kayba ilişkin risk etmenlerinin belirlenmesi ve işlevsellikte kayıp düzeylerinin depresyon hastalarının işlevsellikte kayıp düzeyleri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

6.1. MDB verileri açısından tartışma:

Klinisyenler depresyon hastalarında çalışma ile ilgili aktivitelerde (resmi çalışma, evişleri, öğrencilik) ılımlı ve orta dereceli bozulma; kişilerarası ilişkilerde (eş, çocuk, akraba ve arkadaş ilişkileri) makul bozulma ; yaratıcı aktivitelere zayıf katılım, cinsellikten haz almada ılımlı bozulma saptamıştır(180). Depresyonun sosyal işlevsellikte 23 kat, işgücünde 3.2-5 kat bozulmaya neden olduğu gösterilmiştir(181,182,183).

Çalışmamızda aile bütünlüğü olmayanlarda sosyal işlevsellikte belirgin bir kayıp saptanmamıştır. Depresyon hastaları 1 yıllık tedavi sonrasında daha iyi aile ilişkileri, yaşam kalitesinde artış, daha az aile içi sorun ve daha fazla aile desteği tanımlamışlardır(184,185,186). Uzun dönemli çalışmalarda depresyon hastalarının tedavi sonrasında daha iyi aile ilişkileri, yaşamdan memnuniyet, daha az aile içi çatışma ve yeterli aile desteği tanımladıkları görülmüştür(184,185,186).

Bizim çalışmamızda belirgin bir kayıp olmamasının nedeni yaş ortalamasının düşük olması, kişinin kendi iş gücünü sürdürmek zorunda kalması ile açıklanabilmektedir. Bununla beraber 3. ve sonraki sıradaki çocuk olarak doğan olgularda sosyal çekilme puanlarında artış olması kişinin bireysel hareket etme ihtiyacındaki azalma ile açıklanabilir. Tüm bunlarla beraber İş meslek puanlarının 2 kardeş olanlarda yüksek olarak bulunması kişinin kalabalık aile yapılanmasının gölgesinde kalmadan ancak yeterli aile

desteğini alarak iş sorumluluğunu üstlenmesi olarak açıklanabilir. Ayrıca sosyal çekilme puanına etki eden bir diğer faktör de antipsikotik kullanımıdır ki bu durum ilaç etkilerinin yanında özellikle 1. kuşak antipsikotik ilaçların yan etkilerin sebep olduğu bir durum olarak düşünülebilir.

Bizim çalışmamızda da kişilerarası işlevselliğin eğitim düzeyi ile doğru orantılı saptanmıştır. Çalışmalar sosyal işlevselliğin eğitim, iş sahibi olma, sosyal destek gibi çeşitli çevresel etmenlerden de etkilenebildiğini göstermiştir. Eğitim düzeyinin artması ile iletişim kurma becerilerinde artış saptanmıştır(140,141,187). Çalışmamızda işlevselliğin eğitim düzeyi ile artıyor olması iletişim kurma becerilerinin eğitim ile artmasıyla açıklanabilmektedir.

Çalışmamızda evli olmayan depresyon hastalarının öncül sosyal etkinlik ve bağımsızlık performans puanları evli olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Birey olarak sosyal etkinlikte bulunmayı gerektiren alt puanlarda yükseklik saptanması evli olmayan bireylerin kendilerine yönelik etkinlikte bulunma ihtimalinin daha fazla olması ile açıklanabilir.

Literatürde de evliliğin, sosyal çevre sosyal destekte bozulmanın tedaviye yanıt belirteci olarak kullanılabileceği öne sürülmüştür(188).

Depresyon hastalarının ilaç kullanımı olmadan takip edilebilir olması işlevselliğini sürdürebildiğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda da hiç ilaç kullanmayan hastalarda sosyal etkinlik puanları yüksek bulunmuştur.

Literatürde 15-25 yaşları arası sosyal ilginin en fazla olduğu yaşlar olarak tanımlanmıştır. 25-55 yaşları arasındaki ilgi değişmesi 100 olarak kabul edilirse bu, 25-35 arasında 50; 35-45 arasında 40; 45-55 arasında 30 'dur(189).Bizim çalışmamızda da 30 yaş altındaki depresyon hastalarında sosyal etkinlik puanlarının yüksek saptanması sosyal ilginin 25-35 yaş arasında artmış olması ile açıklanabilmektedir.

Hastalık şiddeti ve süresi arttıkça hastanın işlevselliğinin bozulabilir, çalışma gücü azalabilir, tedavi masrafları artabilir, yakınının bakımına ihtiyaç duyma sonucu yakınının çalışmamasına neden olabilir ve tüm bunların

sonucunda oluşan ekonomik yük artabilir.Araştırmamıza dahil edilen depresyon hastalarının %88.3' orta düzeyde depresyon şiddetine sahip oldukları için bizim çalışmamızda depresyon şiddeti istatistiksel değerlendirmeye dahil edilmemiştir. Yine alışmamızda cinsiyetin depresyon şiddetine anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu durum örneklem sayımızın yeterince yüksek olmamasından kaynaklanabilmektedir.

Ancak literatüre bakıldığında Birleşik devletlerde yapılan bir çalışmada minör depresyon belirtileri olan hastalarda %18, 9 depresyon belirtisinden 5-6'sı pozitif olanlarda %29, 7-9'u pozitif olanların %52'sinde ise günlük işlevsellikte kayıp saptanmıştır(190).

Hastaneye yatış gerekliliği çoğunlukla depresyon şiddeti arttığında gerekmektedir. Depresyon şiddetindeki artış işlevsellik kaybında artışı da beraberinde getirmektedir. Nitekim bu durum bizim çalışmamızda hastaneye yatışı olan depresyon hastalarında bağımsızlık performans puanlarının düşük olmasını açıklayabilmektedir.

Literatürde de depresyon şiddeti arttıa intihar riski, hastaneye yatış sayısı ve işlevsellikte bozulma arttığı grlmştir(191,192).

6.2. OKB verileri açısından tartışma:

Rosa ve arkadaşları ciddi cinsel ve dinsel obsesyonların ve biriktirme kompulsiyonlarını zayıf sosyal uyumla ilişkili bulmuştur. Zayıf sosyal uyum yüksek Y-BOCS puanları, biriktirme kompulsiyonu, erken başlangıç yaşı , madde kullanım bozukluğu, PTSM, Yeme Bozukluğu ve diğer Dürtü Kontrol Bozuklukları varlığı ile belirtmiştirler.

Ciddi OKB semptomlarını zayıf sosyal düzelme ile özellikle aile ve evlilik rolleri ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca biriktirme kompulsiyonlarının ve cinsel/dinsel kompulsiyonların zayıf sosyal işlevsellikle ilişkili olduğunu bulmuşlardır(193).

Yasaklanmış veya tabu olarak kabul edilen düşünceler genellikle egodistonik dürtülerdir ve kontrolünü kaybetme korkusu oluşturarak sosyal geriçekilmeye neden olabilirler.

Cinsel ve dinsel semptomlar diğer semptomlara göre daha stresli olabilir ve sosyal performansa daha fazla etkisi olabilir(194). Rosa ve ark yaptığı çalışmada cinsel ve dinsel obsesyonlar özellikle finansal memnuniyetsizlikle ilişkili bulunmuştur ve bu semptomlar kişiye ekonomik yük olmaktadır. PTSS ve MDB gibi komorbid durumlar da sosyal çekilmeye bağlı olarak işlevselliği kötüleştirmektedir(193).

Çalışmamızda literatürle benzer olarak OKB hastalarında en sık görülen obsesyonlar sırasıyla kirlenme, kuşku, saldırganlık; kompulsiyonlar ise sırasıyla temizleme/yıkama, kontrol etme ve tekrarlama olarak bulunmuştur.

OKB'de belirti dağılımı Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeği belirti listesine göre belirlenmektedir. Çalışmalarda turtalı olarak belirtilen en temel belirti grupları saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar, cinsel/dini obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar, kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları, simetri-düzen obsesyonları ve sayma , tekrarlama, sıralama kompulsiyonları, istifleme obsesyon ve kompulsiyonları şeklindedir(73,74,75).

Ülkemizde 15 merkezin katılımı ile yapılan 351 hastanın dahil edildiği çalışmada bulaş obsesyon ve kompulsiyonları (%75.8), simetri obsesyon ve kompulsiyonları (%67.8), saldırganlık obsesyon ve kompulsiyonları (%44.4), dini obsesyon ve kompulsiyonları (%26.8), istifleme obsesyon ve kompulsiyonları (%22.8), bedensel obsesyon ve kompulsiyonları (%17.4), cinsel obsesyon ve kompulsiyonları (%16.2), ve diğer obsesyon ve kompulsiyonlar (%34.2) sık olarak bulunmuştur(77).

Ek olarak çalışmamızda saldırganlık obsesyonu olmayanlarda bağımsızlık yetkinlik puanları daha yüksek bulunmuştur ve bu ilişki kişinin saldırganlık obsesyonu olmadığına bireysel işlevselliğin daha fazla artabileceği ile açıklanabilir.

Bizim örneklemimizin çoğunluğunu kadın hastalar oluşturuyordu. Literatür ile benzer şekilde bizim araştırmamızda da kadın hastalarda

sırasıyla kirlenme, kuşku ve saldırganlık obsesyonları; erkeklerde sırasıyla kirlenme ve kuşku eşit olarak sonrasında cinsel obsesyonlar daha sık saptanmıştır. Yine aynı şekilde kadın OKB hastalarında temizleme/ yıkama, kontrol etme, tekrarlama kompulsiyonları daha sık görülür iken; erkeklerde temizleme/yıkama ve kontrol etme eşit görülürken sonrasında tekrarlama kompulsiyonları daha sık olarak saptanmıştır.

Literatürde kirlenme obsesyonlarının özellikle kadın hastalarda işlevselliği daha çok etkilediğinden bahsedilirken bizim çalışmamızda aksi bir durum olarak kirlenme obsesyonu bulunanlarda kişilerarası işlevsellik puanları daha yüksek bulunmuştur.

Yine literatürde agresif ve cinsel obsesyonlar erkeklerde, bulaş ve saklama obsesyonları kadınlarda daha fazla bulunmuştur. Yıkama/temizlik ve düzenleme kompulsiyonları kadınlarda daha fazla bulunurken, tekrarlama kompulsiyonları kadınlara kıyasla erkeklerde daha fazla bulunmuştur. Ancak belirtilerin verdiği rahatsızlık hissinde cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır.

Genel olarak simetri obsesyonu ve magic düşüncede cinsiyet ayrımı gözlenmezken Matsunaga ve arkadaşları erkeklerde daha sık saptamışlardır(195).

Lensi ve arkadaşları agresif obsesyonları kadınlarda daha fazla bulurken, bunun anne olma veya yenidoğan bebeğe sahip olmayla ilişkili olduğunu düşünmüştür(79).

Yine erkeklerde cinsel obsesyonlar daha sık gözlenirken kadınlarda yıkama ve temizlik ritüelleri daha sık görülürken; batı ülkelerinde cinsel obsesyonların da kadınlarda sık olarak görüldüğü belirtilmiştir(79,196,197).

Çalışmamızda kuşku obsesyonu bulunmayanların kuşku obsesyonu bulunanlara göre iş meslek alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu durum literatürdeki kuşku obsesyonunun aileye aşırı bağımlılık ile sonuçlanabileceği verisi ile örtüşmektedir(198).

Yine çalışmamızda kontrol kompulsiyonu olmayanların olanlara göre iş meslek puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de kontrol sorunun

önemli negatif sonuçlara neden olan abartılmış bir sorumluluk çerçevesinde ele almak gerektiği belirtilmiştir(199).

Ayrıca bizim sonucumuzla benzer olarak kontrolün çevreye uyum için çevrede ve kendinde olan bitenleri izleyen, yordayan ve düzenleyen bir mekanizma olmaktan çıkıp, dürtüleri kontrol altında tutmak için ekstra enerji ve vakit harcayan işlevsiz bir hale getirdiği belirtilmiştir(200).

Literatür bilgileriyle tezat olarak bizim örneklemimizin çoğunluğunu evli hastalar oluştuyordu. Bu durum örneklem grubumuzun çoğunluğunu kadın hastaların oluşturmaktan kaynaklanabilmektedir. OKB hastalarının medeni durumu ile işlevsellik arasındaki ilişkiye bakıldığında evli olmayan OKB hastalarının iş meslek puanları istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır. Bu durum evli olan OKB hastalarının eşlerinin sağladığı ekonomik destek olabileceği ve çalışma zorunluluklarının olmayabileceği ile açıklanabilir.

Literatür verilerine bakıldığında ise hiç evlenmeme oranı poliklinik hastalarında %37-60 arasında; yatan hastalarda %72'ye varan oranlarda saptanmıştır(201,202). Bununla birlikte çeşitli çalışmalarda kadın hastalarda evli olanların erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür(22).

Yine OKB'ye spesifik olmasa da OKB hastalarında boşanma veya ayrı yaşama diğer psikiyatrik rahatsızlıklara göre daha sık bulunmuştur(203).

Matsunaga ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerde evli olanların sayısı daha az bulunurken, sosyal ve mesleki işlevsellikte daha fazla bozulma görülmüştür. Kadınlar ise aynı çalışmada güven arayışı davranışlarına eş, ebeveyn, kardeş gibi diğer kişileri daha fazla dahil etmişlerdir(195).

Verilerimizin sonuçlarına bakıldığında şehirde doğanların mesleki işlevsellik puanlarının; eğitim düzeyi yüksek olanların öncül sosyal etkinli, iş meslek ve kişiler arası işlevsellik puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum şehirde yaşam ile ve eğitim düzeyinin artması ile eğitim ve iş imkanlarına ulaşabilir olmakla açıklanabilmektedir. Literatüre baktığımızda OKB hastalarının %22'si işsiz bulunmuştur(154). Kadın hastaların(%14)

erkekler hastalara (%3) oranla daha fazla bakım aylığı aldığı görülmüştür. Kadın ve erkek OKB hastalarının genel olarak %25-30 oranında benzer devlet yardımı aldıkları gösterilmiştir. Ciddi OKB semptomları kötü sosyal işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile yapılan klinik örneklemelerde genel işlevsellikte bir çok çeşitlilik vardır. Toplumsal ve subklinik örneklerle kıyasla gösterilmiştir ki OKB'de klinik örneklerde bile genel işlevsellikte çok fazla çeşitlilik bulunmaktadır(156).

Iancu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre sosyodemografik verilerden sadece kadın olmak kötü işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur. Klinik değişkenlere göre kötü işlevsellik belirgin olarak daha ciddi anksiyete düzeyi, kaçınanlık belirtileri, psikolojik tedavi alıyor olma ve altta yatan komorbid depresif bozukluklar ile ilişkili bulunmuştur(204).

Hastaneye yatış çoğunlukla daha ciddi ve kronik süreçli hasta grubunda gerekmektedir. Örneklemimizde %20 oranında hastaneye yatış mevcuttu ve hastaneye yatışı olan OKB hastalarında literatur ile uyumlu olarak belirgin olarak işlevsellik azalmış olarak saptanmıştır.

Yatan OKB hastalarında daha ciddi ve kronik olarak işlevsellikte bozulma saptanmıştır. Yatan OKB hastalarının %67'sinin zayıf aile ilişkileri olduğu görülmüştür(6).

Örneklemimizde hafif ve şiddetli okb semptomlarına sahip birey sayısı eşit olsa da okb şiddeti ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Oysa literatürde ciddi OKB semptomları kötü sosyal işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur(154).

VII- SONUÇ VE ÖNERİLER

Üstünlükler ve Sınırlılıklar:

Çalışmamızda OKB hastalarının işlevsellik düzeyinin belirlenmesi ve depresyon hastalarının işlevsellik düzeyi ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Hastaları değerlendirirken daha önceki çalışmalardan farklı olarak ayrıntılı sosyodemografik bilgilerin alınması; hastanın klinik özelliklerini değerlendirirken YBOKÖ-alt maddelerinin, obsesyon ve kompulsiyon çeşitlerinin de bağımsız değişkenlere dahil edilmesi; hastalarının işlevsellik düzeyini ayrıntılı olarak alt başlıklarda inceleyen Sosyal İşlevsellik Formu'nun kullanılması, sonuçların karşılaştırma çalışması olarak depresyon hastaları ile karşılaştırılmış olması çalışmamızın üstünlükleri arasındadır.

Çalışmamızı yorumlarken bazı sınırlılıklar da bulunmaktadır. Bunlardan ilki çalışmamıza sağlıklı kontrol grubunun dahil edilmemesidir. Çalışmamıza alınan OKB ve depresyon hastalarının ruhsal açıdan sadece DSM-IV Eksen 1 tanılarına göre değerlendirilmesi, Eksen 2 tanılarının değerlendirmeye alınmaması sosyal işlevselliği değerlendirmek açısından ayrı bir sınırlılıktır.

Ayrıca örneklemimizin küçük olması nedeniyle bazı spesifik analizlerin gücünün azalmış olması ve sadece üniversite hastanesine başvuran hastaların alınması, bulunan sonuçların tüm OKB ve depresyon tanılı hastalara genellenmesini zorlaştırmaktadır.

Sonuç ve Öneriler:

Son olarak literatür bilgilerinin ve hipotezimizin aksine bu çalışmada OKB hastalarında işlevsellik düzeyleri depresyon hastalarından daha iyi düzeyde çıkmıştır. Ancak bu durum sınırlılıklar bölümünde belirtildiği üzere

örneklem sayısındaki yetersizliğe ve sadece ayaktan poliklinik hastalarının çalışmaya dahil edilmesi ile açıklanabilir.

Sınırlılıklarına rağmen, bu çalışmanın bulguları ile kurduğumuz hipotezler doğrultusunda bazı çıkarsamalara varmak mümkündür.

Depresyon hastalarında:

- Cinsiyetin işlevselliğe etkisinin olmadığı saptanmıştır.
- Aile bütünlüğünün olmaması işlevselliği etkilememiştir.
- Eğitim düzeyi arttıkça kişiler arası işlevsellikte artış olmuştur.
- Evli olmayanlarda öncül sosyal etkinlik ve bağımsızlık performans puanları yüksek saptanmıştır.
- Hiç ilaç kullanmayanlarda işlevsellik artmış bulunmuştur.
- 30 yaş altı bireylerde sosyal etkinlik puanlarında artış saptanmıştır.
- Depresyon şiddetinin işlevsellik üzerine olan etkisi değerlendirilememiştir.
- Cinsiyetin depresyonda işlevsellik üzerine etkisi olmamıştır.
- Hastaneye yatışı olan depresyon hastalarında bağımsızlık performans puanları düşük saptanmıştır.

OKB hastalarında:

- Cinsiyetin işlevselliğe etkisinin olmadığı saptanmıştır.
- Tüm OKB hasta grubunda sırasıyla kirlenme, kuşku, saldırganlık obsesyonları; temizleme/yıkama, kontrol etme, tekrarlama kompulsiyonları daha sık saptanmıştır.
- Kadın OKB hastalarında kirlenme, kuşku, saldırganlık obsesyonları daha sık saptanırken; temizleme/yıkama, kontrol ve tekrarlama kompulsiyonları daha sık saptanmıştır.

- Erkek OKB hastalarında kirlenme ve kuşku obsesyonları eşit saptanmış olup sırayı cinsel obsesyonlar izlemiştir. Yine temizleme/yıkama ve kontrol kompulsiyonları eşit saptanmış olup sırayı tekrarlama kompulsiyonları izlemiştir.
- Saldırganlık obsesyonu bulunan kişilerde bağımsızlık yetkinlik puanları düşük saptanmıştır.
- Kirlenme obsesyonu bulunan bireylerde literatüre zıt bir şekilde kişiler arası işlevsellik puanlarında artış saptanmıştır.
- Kuşku obsesyonu bulunan bireylerde mesleki işlevsellik düşük saptanmıştır.
- Kontrol kompulsiyonu olan bireylerde mesleki işlevsellik düşük saptanmıştır.
- Evli olan OKB hasta sayısı literatürden farklı olarak daha fazla bulunmuştur. Bu durum örneklem sayımızdaki kadın sayısının fazla olması ile açıklanabilmektedir.
- Evli olmayan OKB hastalarında iş- meslek puanları daha yüksek saptanmıştır.
- Şehirde doğan OKB hastalarında mesleki işlevsellik yüksek saptanmıştır.
- Eğitim düzeyi yüksek olan OKB hastalarında öncül sosyal etkinlik, iş meslek ve kişiler arası işlevsellik puanları yüksek saptanmıştır.
- Hastaneye yatışı olan OKB hastalarında işlevsellik düzeyi düşük saptanmıştır.
- OKB şiddetinin işlevsellik üzerine olan etkisi değerlendirilememiştir.
- Şaşırtıcı olarak beklediğimizin aksine OKB hastalarında işlevsellik düzeyleri depresyon hastalarına göre daha iyi saptanmıştır.

Tüm bunlardan yola çıkarak depresyon hastalarında işlevsellik düzeyini arttırmak için eğitim seviyesinin yükseltilmesine, bireysel hareket

özgürlüğünün sağlanmasına, hızlı ve etkili bir tedavi sürecinin sağlanmasına ve hastaneye yatışların azaltılmasına ihtiyaç vardır.

OKB hastalarına baktığımızda işlevsellik düzeyinin artırılması için eğitim seviyesinin yükseltilmesi, bireysel hareket özgürlüğünün sağlanması, hastanete yatış ihtiyacının azaltılması, saldırganlık obsesyonu bulunan kişilerde davranışçı terapi yöntemlerinin artırılması ve bağımsızlık yetkinliğinin artırılması, özellikle kuşku obsesyonu ve kontrol kompulsiyonu bulunan bireylerin mesleki açıdan desteklenmesi gerekmektedir.

Bunlarla birlikte bulgularımızın geniş örneklemli izlem çalışmalarınca da tekrarlanması gerekmektedir. Bundan sonraki çalışmalar sosyal işlevsellik düzeyinin zaman içinde nasıl bir gidişat gösterdiğini, önerilen girişimlerinden nasıl etkilendiği üzerine odaklanabilir.

VIII-ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozukluk'ta İşlev Kaybı Ve Risk Etmenleri (Kontrollü Kesitsel Bir Çalışma)

Giriş: Obsesif Kompulsif Bozukluk(OKB), tekrarlayıcı obsesyon ve/veya kompulsyonların olduğu , genellikle süregelen, kimi zamanda tekrarlayıcı gidiş gösteren , kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etileyen bir rahatsızlıktır. İşlevsellik tüm vücut fonksiyonlarını, aktivite ve katılımlarını kapsayan genel bir kavramdır. OKB kişinin sosyal ilişkilerini, mesleki işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Depresyonda da işlevsellik kaybı görünmesine depresyonda işlevsellik kaybının OKB ile şizofreniye oranla daha az olduğu saptanmıştır.

Hastalıkların işlevsellik düzeylerini daha kısa ölçeklerle değerlendiren çalışmalar olsa da kapsamlı bir ölçek ile karşılaştırma yapan çalışma sayısı azdır.

Amaç: Bu tez çalışmasında amaç Obsesif Kompulsif Bozukluğa sahip bireylerin işlevsellik ve işlevsellikte kayıp derecelerinin ölçülmesi ve kayba ilişkin risk etmenlerinin belirlenmesi ve işlevsellikte kayıp düzeylerinin depresyon hastalarının işlevsellikte kayıp düzeyleri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Major Depresif Bozukluk (MDB) tanısı konulmuş hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan 60 OKB ve 60 MDB hastasından oluşmaktadır. Çalışmaya katılan hastalara SCID-I/CV psikiyatrik tanı değerlendirilmesi yapıldıktan sonra sosyodemografik veri formu, obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini saptamak için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) - YBOKÖ Belirti Kontrol Listesi, depresif belirtilerin şiddetini

saptamak için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), anksiyete şiddetini saptamak için Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ve sosyal işlevsellik düzeyini belirlemek için hasta ve hasta yakınlarına Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) uygulandı.

Tek değişkenli çözümlemelerde parametrik durumlarda Student's t testi; ANOVA ve Pearson korelasyonu; parametrik olmayan durumlarda Kruskal Wallis ANOVA ve Mann Whitney U önemlilik testleri ve Spearman's Rho korelasyonu kullanılmıştır.

Bulgular: Depresyon hastalarında eğitim düzeyi ile işlevsellik düzeyinde artış saptanmıştır. Ayrıca evli olmayanlarda öncül sosyal etkinlik ve bağımsızlık performans puanları yüksek bulunmuştur. Genç bireylerde sosyal etkinlik puanlarında artış saptanmış olup; hastaneye yatışı olan depresyon hastalarında bağımsızlık performans puanları düşük saptanmıştır. OKB hastalarında en sık olarak kirlenme, kuşku, saldırganlık obsesyonları; temizleme/yıkama, kontrol etme, tekrarlama kompulsiyonları daha sık saptanmıştır. Salırganlık obsesyonu, kuşku obsesyonu ve kontrol kompulsiyonlarının kişilerin işlevsellik düzeylerine olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır. Evli olmayan OKB hastalarında mesleki işlevsellik; eğitim düzeyi yüksek olan OKB hastalarında öncül sosyal etkinlik, mesleki işlevsellik ve kişiler arası işlevsellik puanları yüksek bulunmuştur. Depresyon hastalarıyla benzer olarak hastaneye yatışı olan OKB hastalarının işlevsellik düzeyleri düşük saptanmıştır.

Sonuç: OKB ve Depresyon hastaları bir arada değerlendirildiğinde eğitim düzeyinin ve hastaneye yatışların ortak olarak işlevsellik üzerine etkisi olduğu görülmüştür. Bu sebeple eğitim düzeyinin toplum bazında artırılması, bireylerin eğitim kurumlarına yönlendirilmesi tedavi sürecini desteklemek açısından önemlidir. Bunun birlikte hastaneye yatış yerine mümkün olduğunca hızlı ve etkili bir biçimde ayaktan tedavi sürecinin tercih edilmesinin işlevsellik üzerine olumlu etkisi olacaktır.

Anahtar kelimeler:Obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, işlevsellik, sosyal işlevsellik

X- İNGİLİZCE ÖZET

Loss of Functioning and Associated Risk Factors in Obsessive Compulsive Disorder (A Cross-sectional Study)

Introduction: Obsessive compulsive disorder (OCD) is a chronic disease with repetitive obsessions and compulsions that affects individuals daily life functioning. Functioning is a covering concept of all body functions, activity and participation. OCD affects of individual's social relationships, occupational functioning and life quality in a negative way. There is also functioning loss in depression, but some of the studies determined that functionality loss in depression is less than OCD and schizophrenia. If there are studies assess functioning by shorter scales; there are a few cross-sectional studies assessed by comprehensive scales.

Objective: We aimed to evaluate loss of functioning in patients with OCD and compare with the loss of functioning in patients with depression.

Material and methods: Sixty patients with OCD and sixty patients with depression included in the study. Following SCID-I/CV psychiatric evaluation, sociodemographic data form, Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), Y-BOCS symptom checklist, Hamilton depression rating scale (HDRS), Hamilton anxiety rating scale(HARS), The Social Functioning Scale were completed in the patient group. In single variable analyses, Student's t test, ANOVA and Pearson correlation, Kruskal Wallis ANOVA and Mann Whitney U, Spearman's Rho correlation tests were performed.

Results: In the depression patients, we found higher functioning levels in the higher educated groups. We found younger patients have higher functioning levels in social activities and independence-performance scores. In the young individuals social activity scores found higher. Independence-performance scores found lower in the patients who hospitalized before. In

the OCD patients we found contamination, suspicion, aggressive obsessions; cleaning/washing, checking, repeating compulsions frequently. We found aggressive obsessions, suspicion obsessions and checking compulsions affect functioning negatively. And also we found higher occupational functioning scores in unmarried OCD patients and higher employment, social activity and relationship scores in high educated OCD patients. As similar to depression patients we found functioning scores are lower in the OCD patients who hospitalized.

Discussion: In both OCD and depression patients education level and hospitalization effect on functioning scores. Because of this reason there is need in improving education levels and fast, effective treatment without hospitalization in both patient groups.

Keywords: Obsessive compulsive disorder, depression, functioning, social functioning.



XI-EKLER

EK1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (HASTA İÇİN)

Ad Soyad (Baş harfleri):

1. Cinsiyet: (1) Erkek (2) Kadın

2. Yaş:

3. Medeni Durum:

(1) Bekar

(3) Boşanmış

(2) Evli

(4) Dul (Eşi hayatta değil)

4. Çocuk Sahibi Olma Durumu:

(1) Var

(2) Yok

Varsa Sayısı:.....

5. Öğrenim Düzeyi:

(1) Öğrenimi yok, okuma-yazması var

(4) Lise

(2) İlkokul

(5) Üniversite

(3) Ortaokul

6. Öğrenim Süresi

7. Mesleği:

(1) Çiftçi

(5) İş

(9) Emekli

(2) İşçi

Adamı/Kadını

(10) İşsiz

(3) Memur

(6) Serbest

(11) Diğer

(4) Esnaf

(7) Ev Kadını

(8) Öğrenci

8. Çalışma Durum:

(1) Çalışıyor

(2) Çalışmıyor

9. Sağlık Güvencesi:

(1) Var

(2) Yok

10. Gelir Durumu:

(1) Düşük

(2) Orta

(3) İyi

11. Doğum Yeri:

(1) Köy

(3) Küçük kent

(5) Yurtdışı

(2) Kasaba/İlçe

(4) Büyük kent

12. Halen Yaşadığı Yer:

(1) Köy

(3) Küçük kent

(5) Yurtdışı

(2) Kasaba/İlçe

(4) Büyük kent

13. Kardeş Sayısı:

14. Kaçınıcı Çocuk Olduğu:

15. Aile Bütünlüğü:

(1) Anne ve Baba hayatta

(3) Yalnız Baba hayatta

(2) Yalnız Anne hayatta

(4) Anne ve Baba hayatta değil

16. Baba Eğitim Durumu:

(1) Öğrenimi yok, okuma-yazması yok

(4) Ortaokul

(2) Öğrenimi yok, okuma-yazması var

(5) Lise

(3) İlkokul

(6) Üniversite

17. Anne Eğitim Durumu:

(1) Öğrenimi yok, okuma-yazması yok

(4) Ortaokul

(2) Öğrenimi yok, okuma-yazması var

(5) Lise

(3) İlkokul

(6) Üniversite

18. Birlikte yaşadığı kişiler:

(1) Aile üyelerinden biriyle

(3) Geniş aile (anne, baba, çocuk, aile büyükleri ve kardeşler; aynı ev ya da aynı apartmanda)

(2) Çekirdek aile (anne, baba, çocuk)

(4) Arkadaşı / partneri ile

19. Hastalık süresi (klinik olarak anlamlı belirtilerinin başladığı tarihten bugüne kadar yıl olarak geçen süre):

.....

20. Psikiyatrik ilaç kullanma:

- (1) Hiç kullanmamış (3) Halen kullanmakta
(2) Geçmişte kullanmış, şu an kullanmıyor

21. Düzenli psikofarmakolojik tedavi süresi:

22. Kullandığı ilaçlar:

- (1) Antidepresan (3) Antisiyolitik
(2) Antipsikolit (4) Diğer

23. Psikoterapi almış mı?

- (1) Evet (2) Hayır

24. Hastaneye yatış öyküsü:

- (1) Var (2) Yok

25. Hastaneye yatış sayısı:

EK2: YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

HASTA ADI: _____

Y-BOCS TOPLAM PUANI: _____

PROTOKOL: _____

TARİH: __/__/__

HEKİM: _____

1.OBSESYONLA GEÇEN ZAMAN

yok	hafif	orta	ciddi	ileri
0	1	2	3	4

1b.OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM
(toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz.)

Semptom yok	Ortalama uzun	uzun	Çok kısa	kkısa
0	1	2	3	4

2.OBSESYONLARDAN ETKİLENME

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3.OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4.OBSESYONLARA KARŞI DİRENME

sürekli	Tam direnme	teslimiyet		
0	1	2	3	4

5.OBSESYONLARIN KONTROLÜ

Tam kontrol	Yeterli kontrol	Orta kontrol	Az kontrol	Kontrol yok
0	1	2	3	4

OBSESYON ALTTOPLAMI: (madde 1-5 toplamı)

6.KOMPULSİYONLA GEÇEN ZAMAN

yok	hafif	orta	ciddi	ileri
0	1	2	3	4

6b.OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM
(toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz.)

Semptom yok	Ortalama uzun	uzun	Çok kısa	kkısa
0	1	2	3	4

7.KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

8.KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

9.KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME

sürekli	Tam direnme	teslimiyet		
0	1	2	3	4

10.KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ

Tam kontrol	Yeterli kontrol	Orta kontrol	Az kontrol	Kontrol yok
0	1	2	3	4

KOMPULSİYON ALTTOPLAMI: (madde 6-10 toplamı)

11.OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA
HASTANIN İÇGÖRÜŞÜ

mükemmel					yok
0	1	2	3	4	

12.KAÇINMA

yok	hafif	orta	ciddi	ileri
0	1	2	3	4

13.KARARSIZLIK

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

14.PATOLOJİK SORUMLULUK

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

15.YAVAŞLAMA

16.PATOLOJİK KUŞKU

17.GLOBAL CİDDİYET

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

18.GLOBAL DÜZELME

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

19.GÜVENİRLİK

mükemmel	iyi	orta	zayıf
0	1	2	3

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları “p” ile işaretleyiniz.

(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. “s” ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir ya da olmayabilir.

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/salgılarından kaygılanmak/iğrenmek
_____	_____	Kir veya mikroplardan kaygılanmak
_____	_____	Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)
_____	_____	Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. temizlik malzemeleri, çözücüler)
_____	_____	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı

_____ Hayvanlardan aşırı derecede korkmak
_____ Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
_____ Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı
_____ Sadece kontaminasyon halinde nhissedeceğinden
_____ kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
_____ Diğer

CİNSEL OBSESYONLAR

_____ Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel
_____ düşünce görüntü veya dürtüler
_____ Çocuklar veya incest ilişkisi ile ilgili
_____ Homoseksüel ilişki 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
_____ 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
_____	_____	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 anlamlı olan renkler
_____	_____	Batıl itikatlar
_____	_____	Diğer

SOMATİK OBSESYONLAR

_____	_____	Hastalıkla ilgili*
_____	_____	Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili
_____	_____	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
_____	_____	Kirlenici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
_____	_____	Diğer

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

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

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

_____	_____	Tekrar okuma ve yazma
_____	_____	Rutin hareketleri tekrarlama gereksimi (örn. kapıdan girme/çıkma)
_____	_____	Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

_____	_____	_____
-------	-------	-------

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

_____	_____	_____
-------	-------	-------

BİRLİKTE TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobilerden, maddi ve manevi değeri olan şeylerin top-

lanması ile karşılaştırılmamalıdır.(örn. eski mektupları

dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek.)]

_____	_____	_____
-------	-------	-------

DİĞER KOMPULSIYONLAR

_____	_____	Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)
_____	_____	Aşırı liste hazırlama
_____	_____	Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
_____	_____	Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi
_____	_____	Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi 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

EK3: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Depresif ruh hali: (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
0. Yok 1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor 2. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor. 4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak ifade ediyor.
2. Suçluluk duyguları:
0. Yok 1. Kendi kendini kırıyor, insanları üzdüğünü sanıyor. 2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk duyuyor. 3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları. 4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.
3. İntihar:
0. Yok 1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor. 2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor. 3. İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor. 4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)
4. Uykuya dalamamak:
0. Bu konuda zorluk çekmiyor. 1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi. 2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor
5. Geceyarısı uyanmak:
0. Herhangi bir sorunu yok. 1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi. 2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puan ile değerlendirilir. (herhangi bir neden olmaksızın.)
6. Sabah erken uyanmak:
0. Herhangi bir sorunu yok. 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor. 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7.Çalışma ve aktiviteler:
0.Herhangi bir sorunu yok. 1.Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz buluyor. 2.Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı ilgisini kaybetmiş: bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. 3.Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. 4.Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da işleri bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8.Retardasyon:
(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma motor aktivitelerde azalma.)
0.Düşünceleri ve konuşması normal. 1.Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor. 2.Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor. 3.Görüşmeyi yapabilmek çok zor. 4.Tan stuporda.
9.Ajitasyon:
0.Yok 1.Saçlarıyla oynuyor, ellerini çekiştiriyor. 2.Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
10.Psişik anksiyete:
0.Herhangi bir sorun yok 1.Subjektif gerilim ve irritabilite. 2.Küçük şeylere üzülüyor. 3.Yüzünden ve konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4.Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
11.Somatik anksiyete:
0.YokAnksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar: 1.HafifGastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme 2.İlımlı sindirim bozukluğu, kramp, geğirme. 3.ŞiddetliKardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı 4.Çok şiddetliSolunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12.Somatik semptomlar: Gastrointestinal
0.Yok 1.İştahsız, ancak personelin ısrarı ile yiyor, karnının şiş olduğunu söylüyor. 2.Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
13.Somatik semptomlar:
Genel
0.Yok 1.Ekstremiteelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama.Enerji kaybı,kolay yorulma. 2.Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
14.Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
0.Yok 1.Hafif 2.Şiddetli 3.Anlaşılamadı
15.Hipokondriyaklık
0.Yok 1.Kuruntulu. 2.Aklını sağlık sorunlarına takmış durumda. 3.Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
16.Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)
A. Tedavi öncesinde (Anamnez bulguları) 0.Kilo kaybı yok. 1.Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama. 2.Kesin (hastaya göre) kilo kaybı B. Psikiyatri tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde 0.Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama 1.Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama
17.Durumu hakkındaki görüşü
0.Hasta depresyonda olduğunu bilincinde 1.Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklerle, virüslere, istirahete ihtiyacı olduğuna bağlıyor. 2.Hasta olduğunu kabul etmiyor.

EK4: HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	
2. GERİLİM	
3. KORKULAR	
4. UYKUSUZLUK	
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	
6. DEPRESİF MİZAÇ	
7. SOMATİK (muskuler)	
8. SOMATİK (duygusal)	
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ	
<i>TOPLAM PUAN:</i>	
<i>PSİŞİK (1,2,3,5,6)</i>	
<i>SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)</i>	

EK5- SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

Hasta Formu

İSİM-----

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır.

Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap: -----

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap:-----

	Ç	KAİ	ÖSE	BZD	B-y	B-p	İ / M
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

SOSYAL UĞRAŞI / SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama -----

Hafta sonu ortalama -----

(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

örn. odada tek başına,

tek başına dolaşarak,

radio dinleyerek ya da televizyon izleyerek v.b.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az. ☐

3-6 Zamanın bir kısmı. ☐

6-9 Zamanın önemli bir kısmı. ☐

9-12 Zamanın büyük bir kısmı. ☐

12 Hemen hemen zamanın hepsi. ☐

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

☐☐☐☐

4. Evden ne sıklıkla çıkıyorsunuz? (herhangi bir nedenle)

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

☐☐☐☐

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

Onlardan kaçınma ☐

Huzursuz olma ☐

Onları kabul etme ☐

Onlardan hoşlanma ☐

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var?

(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu v.b.)

2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)

Evet / Hayır

3. Anlamalı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyorsunuz?

Lütfen kutuyu işaretleyiniz

Hemen hemen hiç ☐

Nadiren ☐

Bazen ☐

Sık sık ☐

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

Çok kolay ☐

Oldukça kolay ☐

Orta ☐

Oldukça zor ☐

Çok zor ☐

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro / konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin; masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin; futbol)				
Sanat galerisi / müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma v.b				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek / kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek / kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko v.b.				
Gece kulübü / sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp / dernek				
Kahve / cafe'lere gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOS ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma v.b.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev v.b.)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma / bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin; koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları v.b.)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz:

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkanma, düzenli olma v.b.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme v.b.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma v.b.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren v.b. binme				
Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ / MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet / Hayır (altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE: Ne tür bir iş?-----

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? -----

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?-----

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA: En son ne zaman bir işte çalıştınız?-----

Ne tür bir işti?-----

Haftada kaç saat çalışırdınız?-----

Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? EVET / HAYIR(altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? EVET / HAYIR(altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

Kesinlikle evet / Zorlanırım / Kesinlikle hayır

Ne sıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi

Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

Hasta Yakını Formu

İSİM:_____

Bu ölçek hastalanmasından bu yana yakınınızın ne durumda olduğunu anlamamıza yardımcı olacaktır.

Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

4. Yakınınız sizinle birlikte mi yaşıyor?

Cevap:_____

1. Yanıtınız hayır ise yakınınız ne zaman ayrıldı?

Cevap:_____

2. Yakınınızla düzenli olarak görüşüyor musunuz?

Cevap:_____

	Ç	KAİ	ÖSE	BZD	B-y	B-p	İ / M
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

SOSYAL UĞRAŞI / SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyor?

Sabah 9'dan önce

Sabah 9 ile 11 arası

Hafta içi ortalama _____

Sabah 11 ile öğleden sonra 1 arası

Öğleden sonra 1'den geç

Hafta sonu ortalama _____

(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyor?

örn. odada tek başına,

tek başına dolaşarak,

radio dinleyerek ya da televizyon izleyerek v.b.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiği saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az. ☐

3-6 Zamanın bir kısmı. ☐

6-9 Zamanın önemli bir kısmı. ☐

9-12 Zamanın büyük bir kısmı. ☐

12 Hemen hemen zamanın hepsi. ☐

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyor?

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

☐ ☐ ☐ ☐

4. Evden ne sıklıkla çıkıyor? (herhangi bir nedenle)

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

☐ ☐ ☐ ☐

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterir?

Onlardan kaçınma ☐

Huzursuz olma ☐

Onları kabul etme ☐

Onlardan hoşlanma ☐

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşı var?

(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu v.b.)

5. Karşı cinsten bir arkadaşı var mı? (eğer evli değilse)

Evet / Hayır

6. Anlamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyor?

Lütfen kutuyu işaretleyiniz

Hemen hemen hiç ☐

Nadiren ☐

Bazen ☐

Sık sık ☐

7. Şu sıralar insanlarla konuşmak yakınınıza ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

Çok kolay ☐

Oldukça kolay ☐

Orta ☐

Oldukça zor ☐

Çok zor ☐

SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde yakınınızın aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığını göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro / konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin; masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin; futbol)				
Sanat galerisi / müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma v.b				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek / kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek / kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko v.b.				
Gece kulübü / sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp / dernek				
Kahve / cafe'lere gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde yakınınızın aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığını belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma v.b.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev v.b.)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma / bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin; koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları v.b.)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde yakınınızın aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığını belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz:

	Yeterli	Yardım erekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkanma, düzenli olma v.b.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde yakınınızın aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığını belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme v.b.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma v.b.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren v.b. binme				
Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ / MESLEK

Düzenli bir işi var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet / Hayır (altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE: Ne tür bir iş?-----

Haftada kaç saat çalışıyor?-----

Ne zamandır bu işte çalışıyor?-----

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA: En son ne zaman bir işte çalıştı?-----

Ne tür bir işti?-----

Haftada kaç saat çalışırdı?-----

Özürlü olduğuna ilişkin bir belge verildi mi? EVET / HAYIR (altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor mu? EVET / HAYIR

(altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğini düşünüyor musunuz?

Kesinlikle evet / Zorlanır / Kesinlikle hayır

Ne sıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyor? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

EK-6 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Saplantı – Zorlantı Bozukluğunda İşlev Kaybı ve Risk Etmenleri

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu çalışma ile Saplantı- Zorlantı Bozukluğu’nun şiddeti, saplantı ve/ya zorlantıların çeşidi ve eşlik ediyorsa eğer depresif bozukluğun şiddeti ile yaşamdaki sosyal işlevsellik düzeyi üzerine etkisi ölçülmesi planlanmaktadır.

Kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilecek olan Depresif Bozukluk hastalarının işlevsellik düzeyleri ile Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarının işlevsellik düzeyleri karşılaştırılacaktır.

Saplantı- Zorlantı Bozukluğu ile işlevsellik düzeyinde bozulmalar saptanması ile ilişkili yurtdışı çalışmaları ve yayınları mevcuttur ancak ülkemizde bu konuda eksiklik bulunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı;

1. Obsesif Kompulsif Bozuklukta şiddet işlevselliği olumsuz yönde etkiler,
2. Obsesif Kompulsif Bozuklukta işlevsellik Major Depresif Bozukluk olgularındaki kayıp düzeyi kadar azalır.
3. Obsesif Kompulsif Bozuklukta depresyon gelişmesi işlevselliği olumsuz yönde etkiler.

4. *Obsesif Kompulsif Bozuklukta işlev kaybına ilişkin risk etmenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır*

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışma esnasında size, sizi daha iyi tanımamızı sağlayacak olan sosyodemografik veri formu, tanı ve ayırıcı tanı koymada yardımcı bir ölçek olan SCID ölçeği, saplantı- zorlantı bozukluğunuzun şiddetini ve hangi alanlarda saplantı ve/ya zorlantılarınızın olduğunu belirleyen Y-BOCS ve kontrol listesi ölçeği, kaygı- endişe durumunuzu ölçen HAM-A ölçeği , depresyonunuz var ise şiddetini belirleyen HAM-D ölçeği size, rahatsızlığınızın günlük hayatınıza etkisini ve işlevsellik düzeyinizi belirleyen Sosyal İşlevsellik Formu size ve yakınınıza uygulanacaktır.

Sosyodemografik veri formu sizin tarafınızdan; Sosyal İşlevsellik ölçeği siz ve yakınınız tarafından doldurulacaktır.

SCID, Y-BOCS ve kontrol listesi, HAM-A, HAM-D ölçekleri çalışmayı uygulayan hekim tarafından doldurulacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma ile saplantı- zorlantı bozukluğun ve kontrol gruplarında depresif bozukluğun oluşturduğu günlük hayatınızda yaşadığınız veya hissettiğiniz sosyal işlevsellik düzeyindeki bozulmayı daha objektif bir şekilde görebilecek ve hangi alanlar üzerinde daha çok çalışmanız gerektiğini daha iyi anlayabileceksiniz. Bu çalışma sizin kendinizi ve hekiminizin sizi daha iyi tanımasına ve böylece tedavi sürecinde odaklanılması gereken alanların daha iyi belirlenmesine olanak sağlayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz herhangi bir zamanda ve alanda kullanılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. *Dr. Ecenur AYDIN AŞIK*
2. *Prof. Dr. Mehmet Murat DEMET*

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

XI-KAYNAKLAR

1. International Classification of Functioning, Disability and Health , World Health Organization 2001, pg 3-4
2. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T, ed; Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006:277-298.
3. Hollander E. Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. Br J Psychiatry 1998; 173 (Suppl 35):7–12.
4. Stein DJ, Roberts M, Hollander E et al. Quality of life and pharmacoeconomic aspects of obsessive-compulsive disorder. S AfrMed J 1996; 36:1579– 1585.
5. do Rosario-Campos, Conceição Maria et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry 2001; 1899-1903.
6. Calvocoressi L, Libman D, Vegso et al. Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. Psychiatric Services1998.
7. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV TR). Köroğlu E, ed; 2007: 660 – 71
8. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları(11.Basım). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2008; 480-496.
9. Özer Ş. Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. Tükel R, Alkın T, ed; Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006:3-13.
10. DSM-III: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders III. Washington DC: American Psychiatric Association,1980.

11. DSM-III-R: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders III-R. , Washington DC: American Psychiatric Association,1987.
12. Charley DS. Anksiyete Bozuklukları.H Aydın, A Bozkurt, çev ed; Ankara: Günes Kitabevi, 2007:1718-1800.
13. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. E Köroğlu, çev ed; Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
14. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-V Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Köroğlu E, çev ed; Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013;129 –140.
15. Robins L, N Helzer, JE Weissman et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Archives of general psychiatry 1984; 41(10), 949-958.
16. Degonda M, Wyss M, Angst, J. The Zurich Study XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 1992; 243(1), 16-22.
17. Foa EB, Kozak MJ. DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. The American journal of psychiatry 1995; 152(1), 90.
18. Rasmussen SA, Eisen, JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America 1992.
19. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. The American journal of psychiatry 1986.
20. Tükel R, Polat A, Genç A ve ark. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. Comprehensive psychiatry 2004; 45(5), 362-366.

21. Pinto A, Mancebo M.C, Eisen J.L et al. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *The Journal of clinical psychiatry* 2006; 67(5), 703.
22. Tükel R, Polat A, Özdemir Ö ve ark. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry* 2002; 43(3), 204-209.
23. Bogetto F, Venturello S, Albert U et al. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry* 1999; 14(8), 434-441.
24. Steketee G, Eisen J, Dyck I ve ark. Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research* 1999; 89(3), 229-238.
25. Rasmussen S.A, Eisen J.L. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1992.
26. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S ve ark. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety* 2005; 21(3), 112-117.
27. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 1998; 59Suppl 2:29-33.
28. Neziroğlu F, Anemone R, Yaryura-Tobias J. Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry* 1992; 149:7.
29. Weiss AP, Jenike MA. Late-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12(2), 265-268.
30. Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 1995; 152(1), 76-84.
31. Bhattacharyya S, Prasanna CLN., Khanna S. et al. A family genetic study of clinical subtypes of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric genetics*, 2005; 15(3), 175-180.

- 32.** Rasmussen SA et al. The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1984.
- 33.** Demet MM. Obsesif- kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2005;15:45-52.
- 34.** Hanna GL et al. Genome-wide linkage analysis of families with obsessive-compulsive disorder ascertained through pediatric probands. *American journal of medical genetics* 2002; 114(5), 541-552.
- 35.** Willour V.L, Shugart Y.Y, Samuels J et al. Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Human Genetics* 2004; 75(3), 508-513.
- 36.** Kim S.J, Kim C.H. The genetic studies of obsessive-compulsive disorder and its future directions, *Yonsei Med. J.* 2006; 47: 443-454.
- 37.** Baxter L.R, Saxena S, Brody A.L et al. Brain mediation of obsessive-compulsive disorder symptoms: evidence from functional brain imaging studies in the human and nonhuman primate. In *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 1996; Vol. 1, No. 1, pp. 32-47.
- 38.** Saxena S, Brody A.L, Schwartz J.M et al. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry* 1998.
- 39.** Scarone S, Colombo C, Livian S et al. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 1992; 45(2), 115-121.
- 40.** Choi JS, Kang DH, Kim JJ et al. Left anterior subregion of orbitofrontal cortex volume reduction and impaired organizational strategies in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2004;38:193-199.
- 41.** Alptekin K, Degirmenci B, Kivircik B ve ark. Tc-99m HMPAO brain perfusion SPECT in drug-free obsessive-compulsive patients without depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2001; 107(1), 51-56.

42. Lacerda A.L, Dalgarrondo P, Caetano D et al. Elevated thalamic and prefrontal regional cerebral blood flow in obsessive–compulsive disorder: a SPECT study. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2003; 123(2), 125-134.
43. Tural Ü, Önder M.E. Psikiyatrik belirtiler ve frontal-subkortikal döngüler. *Nöropsikiyatri arşivi* 2001; 38(1), 24-31.
44. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif kompulsif bozukluğun patogenezi. Tükel R, Alkın T. ed; *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006:299-339.
45. Brody A.L, Saxena S. Brain imaging in obsessive-compulsive disorder: evidence for the involvement of frontal-subcortical circuitry in the mediation of symptomatology. *CNS Spectrums* 1996; 1(01), 27-41.
46. Greicius M. Resting- state functional connectivity in neuropsychiatric disorders. *Curr Opin Neurol* 2008;21:424-30.
47. Eldaief MC, Halko MA, Buckner RL et al. Transcranial magnetic stimulation modulates the brain's intrinsic activity in a frequency-dependent manner. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011;52:21229-34.
48. Peterson A, Thome J, Frewen P. Resting-State Neuroimaging Studies: A New Way of Identifying Differences and Similarities Among the Anxiety Disorders. *Can J Psychiatry* 2014;59(6):294–300.
49. Insel T.R, Murphy D.L, Cohen R.M et al. Obsessive-compulsive disorder: a double-blind trial of clomipramine and clorgyline. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40(6), 605-612.
50. Thorén P, Åsberg M, Bertilsson L et al. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: II. Biochemical aspects. *Archives of General Psychiatry* 1980.
51. Westenberg HGM, Fienberg NA, Denys D. Neurobiology of obsessive compulsive disorder: Serotonin and beyond. *CNS Spectrums* 2007; 12:14-27.

52. Zohar J, Kennedy J.L, Hollander E et al. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *The Journal of clinical psychiatry* 2003; 65, 18-21.
53. Eşel E. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Biyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3:46-55.
54. Laplane D, Levasseur M, Pillon B et al. Obsessive-compulsive and other behavioural changes with bilateral basal ganglia lesions. *Brain* 1989; 112(3), 699-725.
55. Ben-Pazi A., Szechtman H, Eilam D. The morphogenesis of motor rituals in rats treated chronically with the dopamine agonist quinpirole. *Behavioral neuroscience* 2001; 115(6), 1301.
56. Szechtman H, Eckert M.J, Wai S.T et al. Compulsive checking behavior of quinpirole-sensitized rats as an animal model of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): form and control. *BMC neuroscience* 2001; 2(1), 4.
57. Sadock BJ, Sadock VA. Obsessive Compulsive Disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds; *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007:604 – 610.
58. Şahin AR. Obsesif-Kompulsif Bozukluk. Köroğlu E, Güleç C, ed; *Psikiyatri Temel Kitabında* (2. baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007:343-352.
59. Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS et al. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessivecompulsive disorder patients taking paroxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Sep 2000; 39(9):1096-103.
60. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R et al. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology* 2005, 30:1735-1740.
61. Karslıoğlu E.H, Yüksel N. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2007;10(Ek 3):3-13

62. Arnold PD, Rosenberg DR, Mundo E et al. Association of a glutamate (NMDA) subunit receptor gene (GRIN2B) with obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Psychopharmacology* 2004; 174:530-538.
63. Rosenberg DR, Hanna GL. Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biol Psychiatry* 2000; 48:1210-1222.
64. McWilliams N. Psikanaltik Tanı; Kllinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak. Kalem E, çev ed; İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2014:147-160.
65. Öztürk MO. Psikanaliz ve Psikoterapi (3.basım). Ankara: Bilimsel tıp yayınevi, 1998:57-62.
66. Salkovskis P, Kirk J. Obsessional Disorders. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, eds; *Cognitive Behavioral Therapy for Psychiatric Problems A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 2003:129-168
67. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Uluslararası Hastalık Sınıflaması. MO Öztürk, B Uluğ.1992.
68. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther*. 2003 Jan;41(1):11-29.
69. Landeros-Weisenberger A, Bloch M.H, Kelmendi B et al. Dimensional predictors of response to SRI pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2010; Volume 121, Issues 1–2, Pages 175-179.
70. Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Mehmet ve ark. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2007; Volume 102, Issues 1–3, Pages 73-79.
71. Besiroglu L, Uguz F, Ozbebit O ve ark. Longitudinal assessment of symptom and subtype categories in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2007;24(7):461-6.

72. Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsessif-kompulsif bozuklukta fenomenoloji. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9:142-147.
73. Mataix-Cols D, do Rosario-Campos M.C, Leckman J.F. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry 2005; 162(2), 228-238.
74. Leckman JF, Grice DE, Boardman J et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 1997; Jul;154(7):911-7
75. Denys D, de Geus F, van Megen HJ et al. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: factor analysis on a clinician-rated scale and a self-report measure. Psychopathology. 2004 Jul-Aug;37(4):181-9.
76. Nestadt G, Samuels J. F, Riddle M. A et al. Obsessive-compulsive disorder: defining the phenotype. The Journal of clinical psychiatry 2001; 63, 5-7.
77. OKB Araştırma Grubu. Alkın T, Altındağ A, Arısoy Ö ve ark. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Klinik Özellikler; çok merkezli bir ulusal veri çalışması. Sözel Bildiri. 49. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 24-28 Eylül 2013, İzmir.
78. Karamustafalıoğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Savaş Ofset, Bursa; 1993. syf:86.
79. Lensi P, Cassano GB, Correddu G et al. Obsessive compulsive disorder Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. Br J Psychiatry 1996; 169: 101-107.
80. Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş ve ark. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. Psychopathology 1997; 30:106-110.

- 81.** Pigott T. A, L'Heureux F, Dubbert B et al. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *The Journal of clinical psychiatry* 1994; 55, 15-27.
- 82.** Crino RD, Andrews G. Obsessive compulsive disorder and Axis I comorbidity. *J Anxiety Disorders* 1996; 10: 37-46
- 83.** Demet MM. Obsesif Kompulsif Bozuklukta ek tanılar ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel. Tükel R, ed; Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği, 2014: Cilt 4 sayı 3 güz s:230-248.*
- 84.** Viswanath B, Narayanaswamy JC, Rajkumar RP et al. Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry* 2012; Aug;53(6):775-82.
- 85.** Timpano KR, Rubenstein LM, Murphy DL. Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depress Anxiety*. 2012 Mar; 29(3):226-33
- 86.** Quarantini LC, Torres AR, Sampaio AS et al. Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Compr. Psychiatry* 2011 Jul-Aug;52(4):386-93.
- 87.** Mancebo MC, Greenberg B, Grant JE. et al. Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry* 2008; Jan-Feb;49(1):43-50.
- 88.** Storch EA, Wu MS, Small BJ et al. Mediators and moderators of functional impairment in adults with obsessive-compulsive disorder. . *Compr. Psychiatry* 2014 Apr; 55(3):489-96.
- 89.** Assunção MC, Costa DL, de Mathis MA et al. Social phobia in obsessive-compulsive disorder: prevalence and correlates. *J Affect Disord*. 2012 Dec 20;143(1-3):138-47.
- 90.** Diniz JB, Malavazzi DM, Fossaluza V et al Risk factors for early treatment discontinuation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(3):387-93.

91. Lafleur DL, Petty C, Mancuso E et al. Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: is there a link? *J Anxiety Disord.* 2011 May;25(4):513-9.
92. Grisham JR, Fullana MA, Mataix-Cols D et al. Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med.* 2011 Dec; 41(12):2495-506.
93. Fontenelle LF, Cocchi L, Harrison BJ et al. Towards a post-traumatic subtype of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2012 Mar;26(2):377-83.
94. Mroczkowski MM, Goes FS, Riddle MA et al. Separation anxiety disorder in OCD. *Depress Anxiety.* 2011 Mar;28(3):256-62.
95. Adam Y, Meinlschmidt G, Gloster AT et al. Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2012; Volume 47, Issue 3, pp 339-349.
96. Attademo L, De Giorgio G, Quartesan R et al. Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: from comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Riv Psichiatr.* 2012 Mar-Apr;47(2):106-15.
97. Demet MM. Obsesif Kompulsif Bozuklukta ek tanılar ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Cilt 4 sayı 3 güz 2014 s:240-241*
98. Gentil AF, de Mathis MA, Torresan RC et al. Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug Alcohol Depend.* 2009 Feb 1;100(1-2):173-7.
99. Koizumi HM. Obsessive-compulsive symptoms following stimulants. *Biol Psychiatry.* 1985 Dec; 20(12):1332-3.
100. Tan O, Coban A, Tarhan N et al. Exacerbation of obsessions with modafinil in 2 patients with medication-responsive obsessive-compulsive disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2008;10(2):164-5.

- 101.**Koran LM, Aboujaoude E, Bullock KD et al. Double-blind treatment with oral morphine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005 Mar;66(3):353-9.
- 102.**Pallanti S, Hollander E, Bienstock C et al. Treatment non-response in OCD: methodological issues and operational definitions. *The International Journal of Neuropsychopharmacology* 2002;5:181e91.
- 103.**Skoog G, Skoog I. A 40-year follow of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 121-127.
- 104.**Alarcon R, Libb J, Spitzer D. A predictive study of obsessive-compulsive disorder response to clomipramine. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1993;13: 210-3,
- 105.**Leonard H, Swedo S, Lenane M et al. A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry* 1993;50:429e39)
- 106.**Baer L, Jenike M, Black D et al. Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 1992;49:862e6.
- 107.**McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF et al. The efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: effects of comorbid chronic tic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1993;13:354e8.
- 108.**Black D, Monahan P, Gable J et al. Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 1998;59:420e5.
- 109.**Erkmen H. OKB ve Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları. Işık E, Taner E, Işık U, ed; Güncel Klinik Psikiyatri kitabı 2.Baskı (içinde). Ankara: Asimetrik Paralel, 2008:177-188.
- 110.**Kaplan A, Hollander E. A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Serv*. 2003; 54:1111-1118.

- 111.**Tükel R, Demet MM. Obsesif kompulsif bozukluğun farmakoterapisi. Tükel R, Alkın T, ed; Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006:339-361.
- 112.**Aouizerate B, Guehl D, Cuny E et al. Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology.Prog Neurobiol. 2004 Feb;72(3):195-221.
- 113.**Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. The American journal of psychiatry 2005; 162:228-238.
- 114.**Lochner C, Stein DJ. Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. Harvard review of psychiatry 2003; 11:113-132.
- 115.**Bayraktar E. Obsesif -kompulsif bozukluk. Psikiyatri Dünyası 1997; 1:25-32.
- 116.**Koran LM, Sallee FR, Pallanti S. Rapid benefit of intravenous pulse loading of clomipramine in obsessive-compulsive disorder. The American journal of psychiatry 1997; 154:396-401.
- 117.**Tükel R. Obsesif Kompulsif Bozukluğun tedavisi. Psikiyatride Güncel. Tükel R, ed; Ankara: Cilt 4 sayı 3 güz 2014 s:20-28.
- 118.**Biswaranjan M. Management of treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: An update on therapeutic strategies. Management. 2007;10:145-153.
- 119.**Alonso P. Right Prefrontal repetitive Transcranial magnetic stimulation in obsessive compulsive disorder: A double-blind, placebo-controlled study. Am J Psychiatry 2001;158:1143-1145.
- 120.**Martin JL, Barbanoj MJ, Pérez V et al. Transcranial magnetic stimulation for the treatment of obsessive-compulsive disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2003; CD003387.

- 121.**Sungur MZ. Obsesif kompulsif bozukluğun psikoterapisi. Tükel R, Alkın T. ed; .Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006:363-361.
- 122.**Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR et al. Randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 2008;165:621- 630.
- 123.**Kessler R.C, Berglund, P, Demler, O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. Archives of General Psychiatry 2005; 62, 593–768.
- 124.**Bunmi O. Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review, 2007.
- 125.**International Classification of Functioning,Disability and Health: ICF, World Health Organization 2001, pg 3-4.
- 126.**A Cieza, G Stucki. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in physical and rehabilitation medicine. Eur J Phys Rehabil Med. 2008;44(3):303-313
- 127.**GA Fava, N Sonino. The biopsychosocial model thirty years later. Psychotherapy and psychosomatics 2008; 77.1: 1-2.
- 128.**Ryff C.D, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychotherapy and psychosomatics 1996; 65.1: 14-23.
- 129.**Kurtz M.M, Jeffrey S.B, Rose J. Elementary neurocognitive function, learning potential and everyday life skills in schizophrenia: what is their relationship? Schizophr Res. 2010; 116, 280-288.
- 130.**Wykes T. Review: cognitive remediation improves cognitive functioning in schizophrenia. Evid Based Ment Health. 2008; 11, 117.
- 131.**Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. Schizophr Bull. 1999; 25, 173-182.

- 132.**Brekke J, Kay D.D, Lee K.S et al. Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2005;80, 213-225.
- 133.**Erol A., Ünal E.K, Aydın E.T ve ark. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(4), 313-321.
- 134.**Velligan DI, Bow-Thomas C, Mahurin RK et al. Do Specific Neurocognitive Deficits Predict Specific Domains of Community Function in Schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 188:518-24.
- 135.**M. Bosc. Assessment of Social Functioning in Depression, *Comprehensive Psychiatry* 2000; Vol. 41, No. 1 (January/February), pp 63-69.
- 136.**Weissman MM. The assessment of social functioning. A review of techniques. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:357-365.
- 137.**Mueser KT, Tarrier N. *The Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*, Boston: Allyn and Bacon, 1998.
- 138.**Mueser KT. Cognitive Functioning, Social Adjustment and Long Term Outcome in Schizophrenia. In: Sharma T, Harvey P, eds. *Cognition in Schizophrenia*, New York: Impairments, Importance and Treatment Strategies in Oxford University Press, 2000:157-77.
- 139.**Emiroğlu B, Karadayı G, Aydemir Ö ve ark. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi* 2009; 46.
- 140.**Mueser KT, Becker DR, Torrey WC et al. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 419-426.
- 141.**McDonald J, Badger TA. Social function of persons with schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 2002; 40 (6): 42-50.

- 142.**Aydemir Ö, Üçok A, Esen A ve ark. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği'nin Türkçe sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2009;19:93-8.
- 143.**Birchwood M, Smith J, Cochrane R et al. The Social Functioning Scale. The Development and Validation of A New Scale of Social Adjustment for Use A Family Intervantion Programmes With Schizoprenic Patients. Br J Psychiatry 1990; 157:853-9.
- 144.**Erakay SY, Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir; 2001.
- 145.**Rodriguez B.F, Bruce S.E, Pagano M.E. et al. Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression. Journal of anxiety disorders 2005; 19(7), 752-766.
- 146.**World Health Organization. Projections from the global burden of disease, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html; 2010.
- 147.**Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. Br J Psychiatry 1995;166:19–22.
- 148.**Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. J Psychiatr Res 1990; 24 (Suppl.2):3-14.
- 149.**Bystritsky A, Liberman R.P, Hwang S et al. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive–compulsive and schizophrenic disorders , Depression And Anxiety 2001;14:214–218.
- 150.**Buchanan AW, Meng KS, Marks IM. What predicts improvement and compliance during the behavioral treatment of obsessive compulsive disorder? Anxiety 1996;2:22e7.

- 151.**Didie ER,Walters MM, Pinto A et al. A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry* 2007;19:181e6.
- 152.**Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry* 2006;47:270e5.
- 153.**Hollander E, Kwon JH, Stein DJ et al. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(Suppl)8:3–6.
- 154.**Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153:783–788.
- 155.**Bystritsky A, Saxena S, Maindment K et al. Quality of life changes in treatment-resistant OCD. *Psychiatric Serv* 1999; 50:412–413.
- 156.**Gail S. Disability and Family Burden in Obsessive.Compulsive Disorder *Can J Psychiatry* 1997; Vol 42.
- 157.**Parikh SV, Lam RW, CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. I. Definitions, prevalence and health burden. *Can J Psychiatry* 2001;46(1):13S–20S
- 158.**Weissman MM, Klerman GL. Paykel ES et al. Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:771-778.
- 159.**Leader JB, Klein DN. Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *J Affect Disord* 1996;37:91-101.
- 160.**Paykel ES, Weissman MM, Prusoff BA. Social maladjustment and severity of depression. *Compr Psychiatry* 1978; 19: 121 - 128.
- 161.**Ormel J, Von Korff M, Van Den Brink W et al. Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. *Am J Public Health* 1993;83:385–390.

- 162.** Judd L, Akiskal H, Zeller P et al. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:375–380.
- 163.** Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD et al. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52: 11- 19.
- 164.** Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- 165.** Dubini A, Bose M, Polin V. Do noradrenaline and serotonin differentially affect social motivation and behaviour? *Eur Neuropsychopharmacol* 1997;7(1 Suppl):S49-S55.
- 166.** Dubini A, Bose M, Polin V. Noradrenaline-selective versus serotonin-selective antidepressant therapy: differential effects on social functioning. *J Psychopharmacol* 1997; 11(4Suppl):S 17-S2
- 167.** Angst J, Kupfer Dj, Rosenbaum Jf. Recovery from depression: risk or reality? *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93:413–419
- 168.** Ormel j. Synchrony of change in depression and disability: what next? *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:381–382.
- 169.** Furukawa T.A, Takeuchi H, Hiroe T et al. Symptomatic recovery and social functioning in major depression *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 257–261
- 170.** Debra J, Noah M. Depression and Social Functioning: A Multidimensional Study of the Linkages *Journal of Clinical Child Psychology* 1993; Volume 22, Issue 3.
- 171.** First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.

- 172.**Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12(4), 233-6.
- 173.**Goodman W.K, Price L.H, Rasmussen S.A et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. Archives of general psychiatry 1989; 46(11), 1006-1011.
- 174.**Karamustafalıoğlu K.O, Üçışık A.M, Ulusoy M ve ark. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bursa Savaş Ofset, 1993; 86.
- 175.**Hamilton M. Hamilton depression scale. ECDEU assessment manual for psychopharmacology.1976; 179-192.
- 176.**Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996; 4: 251-259.
- 177.**Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32:50-55.
- 178.**Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği,değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 9;114-7.
- 179.**Birchwood M, Smith J, Cochrane R ve ark. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1990; 157; 853-859.
- 180.**Petersen Timothy et al. Psychosocial functioning in patients with treatment resistant depression. European Psychiatry 2004; 19: 196–201
- 181.**Ormel J, Von Korff M, Oldehinkel AJ et al.Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. Psych Med 1999;29:847–53.

- 182.**Parikh SV, Wasylenki D, Goering P et al. Mood disorders: rural/urban differences in prevalence, health care utilization, and disability in Ontario. *J Affect Dis* 1996;38:57–65.
- 183.**Broadhead WE, Blazer DG, George LK et al. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiological survey. *JAMA* 1990;264:2524–8.
- 184.**Keitner GI, Ryan CE, Miller IW et al. Recovery and major depression: factors associated with twelve-month outcome. *Am J Psychiatry* 1992;149:93–9.
- 185.**Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Antikainen R et al. Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103(1):38–44.
- 186.**Moos RH. Depressed outpatients' life contexts, amount of treatment, and treatment outcome. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:105–12.
- 187.**Ecevit, F. Kitle İletişimi, İletişim ve Toplum. İçinde U. Demiray ed; Genel İletişim, Pegem Yayıncılık, Ankara: 2006;91-118.
- 188.**George LK, Blazer DG, Hughes DC, Fowler N. Social support and the outcome of major depression. *Br J Psychiatry* 1989;154:478–85.
- 189.**www.dicle.edu.tr/Contents/d715d942-1fcf-4aca-909e-337d8238c53d.ppt
- 190.**Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349:1498-1504
- 191.**Karamustafalıoğlu O, Özçelik B, Bakım B ve ark. İntiharı öngörebilecek bir araç: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010;23:151-157
- 192.**Can SS, Sayıl I. Yineleyici İntihar Girişimleri. *Kriz Dergisi* 2004; 12 (3): 53-62 .

- 193.**Rosa AC, Diniz JB, Fossaluza V et al. Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research* 2012; 46.10: 1286-1292.
- 194.**Rosario-Campos M, Miguel E, Quatrano S et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry* 2006;11:495e504.
- 195.**Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T et al. Gender Differences in Social and Interpersonal Features and Personality Disorders Among Japanese Patients With Obsessive-Compulsive Disorder, *Comprehensive Psychiatry* 2000; Vol. 41, No. 4: pp 266-272
- 196.**Castle DJ, Deale A, Marks IM. Gender differences in obsessive-compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1995;29: 114-117.
- 197.**Khanna S, Mukherjee D. Checkers and washers: valid subtypes of obsessive compulsive disorder. *Psychopathology* 1992;25:283-288
- 198.**Laidlaw TM, Fallon IRH, Barnfather D et al. The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. *CommMentalHealth J* 1999;35:443–449.
- 199.**Salkovskis, PM. Cognitive behavioural approaches to understanding obsessional problems. In *Current controversies in the anxiety disorders* . New York: Guilford. 1996.
- 200.**Eryılmaz TE, Tosun A. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Kontrol İhtiyacı. *Anadolu University Journal of Social Sciences* 2013; 13.1.
- 201.**Bellodi L, Sciuto G, Diaferia G et al. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1992;42:111–20
- 202.**Coryell W. Obsessive–compulsive disorder and primary unipolar depression: comparisons of background, family history, course, and mortality. *J Nerv and Ment Dis* 1981;169:220–4.

- 203.**Karno M, Golding JM, Sorenson SB et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general Psychiatry* 1988; 45(12), 1094-1099.
- 204.**Iancu S.C, Batelaan N.M, Zweekhorst M.B.M et al. Trajectories of functioning after remission from anxiety disorders: 2 year course and outcome predictors. *Psychological Medicine / FirstView Article / May 2013*, pp 1 13.

