

Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji

M. Murat DEMET,¹ Artuner DEVECİ,² FİLİZ DENİZ,³ E. Oryal TAŞKIN,² Emine ŞİMŞEK,³ Fatma YURTSEVER³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı konan bir grup hastanın sosyodemografik ve fenomenolojik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Veriler Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde izlenmekte olan ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı konan 96 hastadan elde edilmiştir. **Sonuçlar:** Hastaların %25'i erkek, %75'i kadın, yaş ortalaması 33.19±12.52'di. Örneklemin ortalama YBOKÖ toplam puanı 22.05±8.96'tı. Major depresif bozukluk %34.4 oranıyla en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluktu. Hastaların %28'inin birinci derece akrabalarında obsesif kompulsif bozukluk saptandı. Erkek hastalarda saldırganlık (%70.8), bilme ve anımsama gereksinimi, uğurlu-uğursuz sayılar, batıl inançlar gibi diğer obsesyonlar (%62.5), kirlenme (%58.3) ve simetri/düzen (%54.2); kadınlarda saldırganlık (%75), kirlenme (%59.7), simetri/düzen (%59.7), kuşku (%58.3) obsesyonları; erkeklerde tekrarlayıcı törensel davranış (%54.2) ve temizlik/yıkanma (%50.0) kompulsiyonları; kadınlarda temizlik/yıkanma (%69.4), kontrol (%54.2) kompulsiyonları en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlardı. **Tartışma:** Yalnızca sağaltım arayan ve sağlık kuruluşuna başvuran küçük bir örneklem üzerinde yürütülen bu çalışmada kirlenme ve kuşku obsesyonları ile temizlik/yıkanma ve kontrol kompulsiyonları literatürle uyumlu olarak bulunmuştur. Her iki cinsiyette literatürün aksine belirlenen yüksek saldırganlık obsesyonları yöntem farklılığına bağlanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi ve demografik özellikleri hakkında daha doğru bilgilere ulaşmak için alan çalışmalarına gereksinim vardır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:133-144)

Anahtar sözcükler: obsesif kompulsif bozukluk, obsesyon, kompulsiyon, fenomenoloji, sosyodemografik özellikler, psikiyatri polikliniği

The phenomenology and demographic features of obsessive compulsive disorder

ABSTRACT

Objective: In this study, it is aimed to determine demographic, clinical, and phenomenological features in

¹ Doç.Dr., ² Uzm.Dr., ³ Arş.Gör.Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, MANİSA

Yazışma Adresi: Dr. M. Murat DEMET, Celal Bayar Univ. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, MANİSA

E-posta: muratdemet@superonline.com

outpatients with obsessive-compulsive disorder. **Methods:** This study was carried out at outpatient clinic in Celal Bayar University Hospital. The data were collected from 96 patients with obsessive compulsive disorder which met the diagnostic criteria for DSM-IV obsessive-compulsive disorder. **Results:** Of the all patients, 25% were men, 75% were women. The mean score of Y-BOCS was 22.05 ± 8.96 . The mean age was 33.19 ± 12.52 . The most frequent comorbid disorder was major depressive disorder (34.4%). A positive family history of obsessive-compulsive disorder in first degree relatives was 28%. The most commonly occurring obsessions were aggressive (70.8%), miscellaneous (62.5%), contamination (58.3%) in men and aggressive (75%), contamination (59.7%), need for symmetry/ordermess (59.7%), doubting (58.3%) in women whereas repeating rituals (54.2%) and cleaning/washing compulsion (50.0%) in men, cleaning/washing compulsion (69.4%) and checking (54.2%) in women were most frequent compulsions, respectively. **Discussion:** In this study, which was only conducted on the small and treatment-seeking sample, the distribution of obsession and compulsion was consistent with result of previous studies except for aggressive obsessions. The high frequency of these obsessions may due to the difference in methods. Epidemiologic studies will be necessary to get more accurate opinion about phenomenology and demographic features of obsessive-compulsive disorder. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2005; 6:133-144)

Key words: obsessive-compulsive disorder, obsession, compulsion, phenomenology, demographic features, psychiatric outpatient department

GİRİŞ

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) DSM-IV sınıflandırmasında "anksiyete bozuklukları", ICD-10 tanı sınıflandırmasında "nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar" başlıkları altında sınıflandırılan özgül bir tanı grubudur.^{1,2} Obsesyonlar (istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşümler) ya da kompulsyonlar (yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler) OKB'un temel belirtileridir. Değişik araştırmalarda OKB altı aylık yaygınlığı %1.6; yaşam boyu yaygınlığı %1.9 ile %3.3 arasında bildirilmiştir.³⁻⁷ Türkiye'de yapılan çalışmalardan, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda 12 aylık OKB yaygınlığı %0.5; Doğan ve arkadaşlarının çalışmasında ise bir aylık OKB yaygınlığı %2.6, yaşam boyu yaygınlığı %3.7; Çilli ve arkadaşlarının alan çalışmasında 12 aylık OKB yaygınlığı %3; Deniz'in alan çalışmasında 12 aylık OKB yaygınlığı %2.01 olarak bulunmuştur.⁸⁻¹¹ Önceleri kötü prognozlu, ancak nadir bir hastalık olarak bilinen OKB'nin yaygınlığının alan çalışmalarıyla önceden sanıldığından 50-100 kat daha yüksek bulunması dikkatlerin bu bozukluk üzerine yoğunlaşmasına ve bozukluğun belirti örüntüsü, klinik özellikleri, gidiş ve prognozu ve komorbidite özelliklerine ilişkin çok sayıda araştırma yapılmasına yol açmıştır. OKB'nin erişkinlerde kadınlarda daha sık olduğu bildirilirken,^{5,8,9,11-15} iki cinsiyet arasında fark olmadığı

bildiren çalışmalar da vardır.¹⁶⁻¹⁸ OKB belirtileri ve eşlik eden kişilik özellikleri yol açtıkları uyum sorunları nedeni ile hastaların evlenmemelerine ya da evli iseler sorun yaşamalarına yol açmaktadır.^{5,17,19,20} Çeşitli araştırmalarda hastalığın başlangıç yaşının 21-30 yaş arasında olduğu,^{11,13,21-23} hastalığın başlangıcından itibaren bir hekime başvurana kadar geçen sürenin ise 2.3-13.25 yıl olduğu^{11,13,23} bildirilmiştir. Obsesif kompulsif bozuklukta eştanı olarak en sık görülen bozuklukların depresif bozukluklar olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir.^{11,22-25,26} Obsesif kompulsif bozuklukta araştırılan bir başka konu ise ailesel geçiş özelliğidir. Çeşitli araştırmalarda obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı %6-40 olarak bildirilmiştir.^{21,23-28} Obsesyon ve kompulsyonların dağılımına ilişkin çalışma sonuçlarına bakıldığında, bulaşma ve kuşku obsesyonları ile temizlik ve kontrol kompulsyonlarının en sık görülen obsesyon ve kompulsyonlar olduğu görülmektedir.^{11,21,25,26,29} Tezcan ve arkadaşları Elazığ'da, Okasha ve arkadaşları Mısır'da, Shooka ve arkadaşları Bahreyn'de yaptıkları çalışmalarda dini içerikli obsesyonları en sık görülen obsesyonlar arasında bulmuşlardır.^{22,24,30}

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı konan bir grup hastanın sosyodemografik ve fenomenolojik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma alanı

Çalışma Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği bünyesinde yürütülmekte olan Obsesif Kompulsif Bozukluk Özel Tanı Polikliniği'nde izlenen ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş hastaların izlem dosya bilgilerinden yararlanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu özel dal polikliniği on sekiz aydır bir öğretim üyesi ve bir psikiyatri asistanı tarafından yürütülmektedir. Genel psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan ilk muayenesi sonucu obsesif kompulsif bozukluk tanısı konan hastalar herhangi bir tedavi başlanmadan önce özel tanı polikliniğine yönlendirilmektedir. Burada demografik ve hastalık bilgilerini toplama amacı taşıyan bir dosya doldurulması ardından tedavi planlanmakta ve hastanın izlemi randevu sistemi ile yürütülmektedir.

Araştırma grubu

Şubat 2002 - Ağustos 2003 tarihleri arasında obsesif kompulsif bozukluk polikliniğine yönlendirilmiş ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre obsesif kompulsif bozukluk tanısı konan toplam 96 hasta araştırma grubunu oluşturmuştur. Hasta grubunun demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Araçlar

Çalışmaya alınan hastalara aşağıdaki form ve ölçekler uygulanmıştır:

Yarı-yapılandırılmış Demografik Bilgi ve Hastalık Öyküsü Formu: Hastaların demografik özellikleri ile obsesif kompulsif bozukluğa ilişkin yakınma ve öykü bilgileri, ruhsal muayene bulguları ve uygulanan ölçek verilerinin kaydedildiği bir formdur.

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi: Orijinal şekli Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Karamustafaloğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.^{31,32} Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacı ile geliştirilmiş ve görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçektir. Toplam 19 madde-

den oluşmakta, ilk 10 maddenin puanları değerlendirilmektedir. Bunlardan 1.-5. maddeler obsesyon, 6.-10.maddeler ise kompulsiyon şiddetini vermektedir. Ölçeğin ayrıca obsesyon ve kompulsiyon türlerini almaya yönelik kontrol listesi de uygulanmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği - 17 madde (HDDÖ): Depresyon düzeyini ve şiddetini ölçen ve görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Orijinal şekli Hamilton tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir.^{33,34}

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ): Orijinal şekli Hamilton tarafından geliştirilen ve görüşmeci tarafından uygulanan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir.^{35,36}

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Orijinal şekli Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan 17 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve depresyon şiddetini belirlemek amacı ile uygulanır.³⁷ Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır.³⁸

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI): Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek amacı ile uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. İlk 20 madde durumluk, 21.-40. maddeler sürekli kaygı düzeylerini ölçmeye yarar.³⁹ Orijinal şekli Spielberger tarafından geliştirilmiş olan ölçek Türkçe'ye Öner ve Le Compte tarafından uyarlanmıştır.⁴⁰

Uygulama

Genel psikiyatri polikliniğinde obsesif kompulsif bozukluk tanısı konarak özel dal polikliniğine yönlendirilen hastayla yukarıda belirtilen form ve ölçeklerin uygulandığı klinik görüşme yapılmıştır.

Y-BOKÖ'nin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılan ilk 10 soruluk kısmı kuşku obsesyonlarını içermediği için bu obsesyonların kaydı klinik görüşme sırasında yapılmıştır.

İstatistiksel analiz

Çalışma verileri SPSS for Windows 10.0

istatistik programında analiz edilmiştir. Temel istatistiksel analiz ardından, erkek ve kadın grup karşılaştırmaları için χ^2 testi ve gereken durumlarda da Fisher'in kesin χ^2 testi uygulanmıştır.

SONUÇLAR

Toplam hasta sayısı 96'dır. Erkek hasta sayısı 24 (%25), kadın hasta sayısı 72'dir (%75). Örneklemin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 23.89 ± 11.3 (aralık = 7-60 yaş), ortalama hastalık süresi 9.3 ± 8.28 yıl (aralık = 1-36 yıl) olarak belirlen-

Tablo 1. Sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	24	25
Kadın	72	75
Ortalama yaş		
Toplam	33.19 ± 12.52	(15-69)
Erkek	31.38 ± 16.33	(16-69)
Kadın	33.79 ± 11.05	(15-60)
Eğitim		
Eğitimsiz	1	1.0
İlkokul	22	22.9
Ortaokul	10	10.4
Lise	35	36.5
Yüksekokul	28	29.2
Medeni Durum		
Bekar	33	34.4
Evli	58	60.4
Eşi ölmüş	1	1.0
Boşanmış	4	4.2
Meslek		
İşsiz	1	1.0
Ev kadını	43	44.8
Öğrenci	26	27.1
Memur	17	17.7
Esnaf/tüccar	4	4.2
Profesyonel/serbest	2	2.1

miştir. Klinik gidiş ve tedavi öyküsüne ilişkin diğer bulgular Tablo 2'de verilmiştir. Hastaların eşit dağılımında major depresif bozukluk (%34.4), basit fobi (%14.6), sosyal fobi (%9.4) ve agorafobisiz panik bozukluğu (%5.2) en sık eşlik eden tanımlar olarak belirlenmiştir. Eşlik eden tanımların dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Hastaların birinci derece akrabalarında obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı %28 olarak belirlenmiştir (Tablo 4). Hastalara uygulanan ölçeklerin ortalamaları Tablo 5'te verilmiştir. Y-BOKÖ ortalama puanı 22.05 ± 8.96 olarak belirlenmiştir. Hastaların obsesyon ve kompulsiyon dağılımlarına bakıldığında erkek hastalarda saldırganlık (%70.8) ve diğer obsesyonlar başlığı altında toplanan bilme ve anımsama gereksinimi, uğurlu ve uğursuz sayılara inanma ve çeşitli batıl inanışlar (%62.5) ile kirlenme (%58.3) ve simetri (%54.2) obsesyonları en sık görülen obsesyonlar olarak belirlenmiştir. Erkek hastalarda en sık görülen kompulsiyonlar ise yineleyici törensel davranışlar (54.2), temizlik-yıkama kompulsiyonları (%50.0), kontrol kompulsiyonları (%45.8) ve dokunma gereksinimi, aşırı liste hazırlama ve batıl davranışlar şeklindeki diğer kompulsiyonlar (%37.5) olarak saptanmıştır. Kadın hastalarda ise saldırganlık obsesyonları (%75), kirlenme (%59.7), simetri (%59.7) ve kuşku (%58.3) obsesyonları en sık görülen obsesyonlardır. Kadın hastalarda en sık görülen kompulsiyonlar ise temizlik-yıkama kompulsiyonları (%69.4), kontrol kompulsiyonları (%54.2), tekrarlayıcı törensel davranışlar (%47.2) ve diğer kompulsiyonlardır (41.7). Erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan tek obsesyon kadınlarda daha yüksek oranda olmak üzere biriktirme obsesyonlarıdır (erkek, 2 hasta - %8; kadın, 23 hasta - %31.9; $\chi^2=5.21$, $p=0.02$). Obsesyon ve kompulsiyon dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

TARTIŞMA

Sosyodemografik özellikler

Psikiyatrik muayene ve tedavi hizmeti veren sağlık kurumlarında son yıllarda bazı psikiyatrik tanı grupları için özel poliklinik uygulamaları yapılmaya başlanmıştır. Şizofreni ve bipolar

Tablo 2. OKB'ye ilişkin özellikler

Özellikler	Sayı	%
Hastalığın başlangıç yaşı (yıl)	23.89 ± 11.30 (aralık=7-60)	
Hastalığın süresi (yıl)	9.30 ± 8.28 (aralık=0-36)	
İlk yakınmaların görülmesinin ardından psikiyatriste başvurana kadar geçen süre*	6.25 ± 7.59 yıl	
Şimdiki nöbetin başlamasından bu yana geçen süre (yıl)	6.36 ± 7.47 (aralık=0-20)	
Daha önce OKB tanısı konma durumu		
Tanı konan	44	45.8
Tanı konmayan	52	54.2
Halen antiobsesif tedavi görme durumu		
Tedavi görmekte olan	34	35.4
Tedavi görmeyen	62	64.6
Davranış tedavisi görme durumu		
Davranış tedavisi gören	5	5.2
Davranış tedavisi görmeyen	91	94.8

Tablo 3. Eştanı dağılımı

Tanılar	Sayı	%
Major depresif boz.	33	34.4
Basit fobi	14	14.6
Sosyal fobi	9	9.4
Agorafobisiz panik boz.	5	5.2
BTA depresif boz.	4	4.2
Agorafobili panik boz.	3	3.1
Genelleşmiş anksiyete boz.	3	3.1
BTA anksiyete boz.	1	1.0
Uykuda kabus görme	1	1.0
Eştanı yok	19	19.8
OKB Spektrum Bozuklukları		
Bulimiya nervoza	2	2.1
Hipokondriyazis	2	2.1
Tourette boz.	1	1.0
Baş sallama tiki	1	2.1

Tablo 4. Birinci derece akrabalarda OKB sıklığı

Akrabalar	Sayı	%
Anne	14	14.5
Kız kardeş	5	5.1
Baba	4	4.2
Erkek kardeş	4	4.2

bozukluklar için oldukça yaygın hale gelen bu uygulama son yıllarda anksiyete bozuklukları için de yapılmaya başlanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk bu şekilde özel poliklinik uygulaması yapılan bir tanı grubudur. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği bünyesinde yaklaşık on sekiz ay süre ile bir öğretim üyesi ve bir psikiyatri asistanı tarafından obsesif kompulsif bozukluk için özel poliklinik uygulaması yapılmaktadır. Bu yazıda bu süre içinde poliklinik uygulamasına alınan 96 hastanın demografik özellikleri ile obsesif kompulsif

Tablo 5. Psikometrik test sonuçları

Ölçek	Ortalama $\pm$ SD	Aralık
STAI-durumluk	45.05 $\pm$ 10.22	20 - 73
STAI-sürekli	52.94 $\pm$ 9.33	12 - 77
HADÖ	14.18 $\pm$ 6.69	0 - 32
HDDÖ	12.67 $\pm$ 6.05	0 - 25
BDÖ	19.47 $\pm$ 9.77	0 - 43
Y-BOCS		
obsesyon	12.00 $\pm$ 4.53	0 - 20
kompulsiyon	10.31 $\pm$ 5.03	0 - 19
toplam	22.05 $\pm$ 8.96	0 - 38

bozukluğa ilişkin özellikler tartışılacaktır. Örneklemin yaş ortalaması (tüm hastalarda 33.19 $\pm$ 12.52 yıl - erkeklerde 31.38 $\pm$ 16.33 yıl, kadınlarda 33.79 $\pm$ 11.05 yıl) literatürle uyumludur. Yiğittürk ve arkadaşları 32.93 $\pm$ 9.82; Lensi ve arkadaşları erkekler için 30.8 $\pm$ 11.6, kadınlar için 34.7 $\pm$ 13.2, Eğrilmez ve arkadaşları erkeklerde 31.58 $\pm$ 10.37, kadınlarda 37.62 $\pm$ 13.02, Juang ve Liu 28.9 $\pm$ 12.8, Okasha ve arkadaşları 23.7 $\pm$ 5.12, Seedat ve Stein 41.8 $\pm$ 14.3, Winsberg ve arkadaşları 45 $\pm$ 9 yaş ortalaması bildirmişlerdir.^{13,15,21,23,24,27,28} Tezcan ve arkadaşları Türk ve Fransız hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında ise, Türk hastalar için 35.3 $\pm$ 10.5, Fransız hastalar için 37.9 $\pm$ 12.1 yaş ortalaması bildirmişlerdir.²² Bu çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da elde edilen yaş ortalaması obsesif kompulsif bozukluk için bildirilen erken ve orta erişkinlik çağı bilgisi ile uyumludur. Çalışmamızda kadın/erkek oranı 3 olarak bulunmuştur. Kadın/erkek oranını Yiğittürk ve arkadaşları 1.52, Lensi ve arkadaşları 1.34, Eğrilmez ve arkadaşları 2.6, Juang ve Liu 0.88, Okasha ve arkadaşları 0.45, Deniz ise 3.44 olarak bildirmişlerdir.^{11,13,15,21,23,24} Tezcan ve arkadaşları ise bu oranı, Türk hastalar için 2.75, Fransız hastalar için 1.31 olarak bildirmişlerdir.²² Bizim çalışmamızda bulunan kadın/erkek oranı Türkiye’de yapılan çalışmalarda bildirilen oranlarla benzer sayılabilir. Avrupa kaynaklı hasta örnekleminde bizim çalışmamıza göre

kadın hastalar lehine olan yüksek oran daha düşük bildirilmiştir.^{21,22} Çarpıcı olan durum, Mısır ve Tayvan örnekleminde bildirilen kadın/erkek hasta oranlarının erkek hastalar lehine daha yüksek olmasıdır.^{23,24} Bu durum bu toplumlarda kadın hastaların sağlık kurumlarından yararlanabilme düzeylerinin daha düşük olmasından kaynaklanabilir. Ancak bu yorumun anılan toplumlarda sağlık hizmetlerinden yararlanma açısından kadın erkek farklarının belirlenmesi amacı ile yapılacak çalışmalarla desteklenmesi gerekir. Eğitim dağılımına bakıldığında bu çalışmada örneklemin %65.7’sinin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bu oran Lensi ve arkadaşlarının çalışmasında %47.9, Tezcan ve arkadaşlarının çalışmasında Türk hastalar için %40, Fransız hastalar için %66.6, Gülseren ve arkadaşlarının çalışmasında ise %22.2 olarak bildirirken,^{21,22,41} epidemiyolojik çalışma niteliğinde olan Deniz’in tez çalışmasında ise %20 olarak belirlenmiştir.¹¹ Türkiye’de yapılan çalışmalardan Tezcan ve arkadaşlarının çalışmasında bulunan oranın düşük olması bu çalışmadaki örneklemin Elazığ bölgesine mensup olması dolayısı ile genel eğitim düzeyinin görece daha düşük olmasından kaynaklanabilir.²² Gülseren ve arkadaşlarının çalışmasındaki düşük oran ise, bu çalışmadaki örneklemin üniversite hastaneleri ile karşılaştırıldığında ortalama eğitim düzeyinin daha düşük olması beklenen

Tablo 6. Obsesyon ve kompulsiyonların cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Obsesyonlar						
Saldırganlık	17	70.8	54	75.0	0.162	0.687
Diğer	15	62.5	41	56.9	0.229	0.633
Kirlenme	14	58.3	43	59.7	0.014	0.904
Simetri/düzen	13	54.2	43	59.7	0.229	0.633
Kuşku	10	41.7	42	58.3	2.014	0.156
Cinsel	5	20.8	14	19.4	0.022	0.547
Dinsel	4	16.7	27	37.5	3.573	0.059
Somatik	4	16.7	10	13.9	0.111	0.738
Biriktirme/saklama	2	8.3	23	31.9	5.210	0.022*
Kompulsiyonlar						
Yineleyici törensel davranış	13	54.2	34	47.2	0.347	0.556
Temizlik/yıkama	12	50.0	50	69.4	2.975	0.085
Kontrol etme	11	45.8	39	54.2	0.501	0.479
Diğer	9	37.5	30	41.7	0.130	0.719
Biriktirme/toplama	5	20.8	25	34.7	1.616	0.204
Sıralama/düzenleme	4	16.7	22	30.6	1.758	0.185
Sayma	3	12.5	23	31.9	3.446	0.063

*p<0.05

Devlet Hastanesi kaynaklı olmasından kaynaklanabilir.⁴¹ Deniz'in çalışmasında belirlenen düşük oran ise, çalışmanın alan çalışması niteliğinde bir tez çalışması olmasından kaynaklanabilir.¹¹ Çalışmamızda örneklemin yaklaşık 2/3'ünün evli olduğu belirlendi. Bu oran Türkiye'de yapılan çalışmalarda evli hastalar için bildirilen Tezcan ve arkadaşlarının Türk hastalar için bildirdiği %83.3, Gülseren ve arkadaşlarının %60.2, Yiğittürk ve arkadaşlarının %68.2, Eğrilmez ve arkadaşlarının %70.5 ve Deniz'in %69.0 oranları ile uyumludur.^{11,13,15,22,41} Ancak Türkiye dışında yapılan çalışmalarda bekar hasta oranları daha yüksek bildirilmiştir.^{21,23} Lensi ve arkadaşlarının çalışmasındaki yüksek

bekar oranı Batı toplumlarındaki genel yüksek bekar oranı ile uyumludur.²¹ Juang ve Liu'nun Tayvan örnekleminde yapılan çalışmasındaki oldukça yüksek bekar oranı ise (%62.5) örneklemin yaş ortalamasının düşük (28.9±12.8) olmasından kaynaklanabilir.²³ Öte yandan obsesyon ve kompulsiyonların tipinin de medeni durumu etkileyen bir durum olarak etki yapabileceği düşünülmelidir.

Obsesif kompulsif bozukluk ile ilgili klinik özellikler

Bu çalışmada hastalığın başlangıç yaşı olarak bulunan 23.89±11.3 yıl literatürle uyumludur. Başlangıç yaşını Eğrilmez ve arkadaşları 30.0±

11.8; Tezcan ve arkadaşları Türk hastalar için 29.8 ± 7.9 , Fransız hastalar için 25.1 ± 10.3 ; Juang ve Liu 23.4 ± 10.9 ; Lensi ve arkadaşları erkek hastalar için 21.1 ± 10.6 , kadın hastalar için 24.3 ± 11.3 ; Deniz 21.54 ± 11.81 yıl olarak bildirmişlerdir.^{11,13,21-23} Hastalığın ilk belirtilerinin ortaya çıkmasının ardından psikiyatriste gidene kadar geçen ortalama süre 6.25 ± 7.6 yıl olarak bulunmuştur. Eğrilmez ve arkadaşları bu süreyi 2.3 ± 3.5 yıl, Juang ve Liu 5.5 ± 2.4 yıl, Deniz 13.25 ± 0.29 yıl olarak bildirmişlerdir.^{11,13,23} Çalışmamızda bulunan sonuç bir psikiyatriste başvurulmasına kadar geçen süredir ve bulunan değer aynı sorgulamanın yapıldığı Juang ve Liu çalışmasında elde edilen sonuçla uyumludur.²³ Eğrilmez ve arkadaşları tarafından bildirilen süre genel olarak herhangi bir hekime başvuru süresi olduğu için hastalığın erken dönemlerindeki başvuruyu açıklayabilir.¹³ Deniz'in alan çalışması niteliğindeki tez çalışmasında elde edilen yüksek başvuru yılı örneklemdaki 40 hastanın tamamının daha önce hiçbir tedavi yardımı almayan hastalardan oluşması ile açıklanabilir.¹¹ Bizim çalışmamızda ise hastaların yarısından çoğuna bu çalışmanın yürütüldüğü kuruma başvurmadan önce bir başka kurumda obsesif kompulsif bozukluk tanısı konması ve yine yarıdan çoğunun değerlendirme sırasında psikofarmakolojik tedavi görmekte olması bozukluğun önceden bilindiği gibi kronik gidişli olabilen, tedaviye direnç oranı yüksek bir psikiyatrik bozukluk olduğunu gösteren bir kanıt olarak kabul edilebilir. Değerlendirmeye alınan hastaların tanımlamalarından hastaların büyük bir çoğunluğunda daha önce bilişsel davranışçı tedavi şeklinin uygulanmadığının belirlenmesi obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde ilk aşamadan itibaren önerilen bu tedavi şeklinin yeterince uygulanmadığına ilişkin bir bulgu olarak düşünülebilir.

Obsesif kompulsif bozukluk tanısına eşlik eden tanılar

Konu ile ilgili literatürde obsesif kompulsif bozuklukta eş tanının sık olarak görüldüğü bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda hastaların %80.2'sinde en az bir psikiyatrik tanı bulunduğu belirlenmiştir. Obsesif kompulsif bozuklukta en sık görülen eş tanının depresif bozukluk olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir. Eğrilmez ve arka-

daşları obsesif kompulsif bozukluğu olanların %73.2'sinde depresif bozukluk (%42.2'sinde başka türlü adlandırılmayan (BTA) depresif bozukluk, %26.6'sında majör depresif bozukluk ve %4.4'ünde distimik bozukluk) bildirmişlerdir.²⁵ Juang ve Liu örneklemelerinin %41.5'unda depresif bozukluk (%33.5'unda distimik bozukluk, %8'inde majör depresif bozukluk) bildirmişlerdir.²³ Okasha ve arkadaşları ise obsesif kompulsif bozukluğu olanların yaklaşık 1/3'ünde majör depresif bozukluk saptadıklarını bildirmişlerdir.²⁴ Lensi ve arkadaşları ise hastaların %43'ünde major depresif bozukluk bulduklarını bildirmişlerdir.²¹ Tezcan ve arkadaşları obsesif kompulsif bozukluğu olan Türk hastaların %43.3'ünde, Fransız hastaların %23.3'ünde depresif bozukluk bildirmişlerdir.²² Tezcan ve arkadaşları Türk hasta örnekleminde depresyon görülme sıklığının Fransız hastalara göre daha yüksek bulunmasını Türk örnekleminde kadın hastaların daha fazla olması ve dolayısı ile depresyon görülme olasılığının yüksek olmasına bağlamışlardır. Tükel ve arkadaşları obsesif kompulsif bozuklukta eş tanılı durumları araştırdıkları çalışmalarında obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların %39.5'inde majör depresyon saptadıklarını; distimik bozukluk, basit fobi, sosyal fobi ve genelleşmiş anksiyete bozukluğunun sık eşlik eden diğer psikiyatrik tanılar olduğunu bildirmişlerdir.²⁶ Deniz'in alan çalışmasında OKB'li örneklemin %82.8'inde en az bir eş tanı, %58.6'sında en az bir depresif bozukluk (majör depresif bozukluk, distimik bozukluk ya da BTA depresif bozukluk) belirlenmiştir.¹¹ Bizim çalışmamızda majör depresif bozukluk eştanısı bulunması (%34.4) ile cinsiyet ve herhangi bir obsesyon ve kompulsiyon tipi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Değişen oranlarda bulunmakla birlikte, depresyonun obsesif kompulsif bozukluk kliniğinde sık görülen bir durum olduğu açıktır. Bu çalışmada basit fobi, sosyal fobi, agorafobisiz panik bozukluğu, agorafobili panik bozukluğu, genelleşmiş anksiyete bozukluğu, BTA anksiyete bozukluğu OKB'ye en sık eşlik eden tanılar olarak belirlenmiştir. Bu sonuç obsesif kompulsif bozukluk dışındaki diğer anksiyete bozukluklarının obsesif kompulsif bozukluğa en sık eşlik eden tanı grubu olarak belirlendiği çalışma sonuçları ile uyumludur.^{21,22,24,25} Eş tanı değerlendirmesinde

dikkati çeken bir diğer tanı grubu alkol/madde kullanım bozukluklarıdır. Bizim çalışmamızda hiçbir hastada eşlik eden tanı olarak alkol/madde kullanım bozukluğu saptanmamıştır. Aynı şekilde Tezcan ve arkadaşlarının çalışmasında da Fransız hasta örnekleminde %6.7 oranında alkol bağımlılığı saptanırken, Türk hasta örnekleminde bu tanının konduğu hasta bildirilmemiştir.²² Eğrilmez ve arkadaşları hastaların %6.6'sında alkol kullanım bozukluğu bildirmişlerdir.²⁵ Bizim çalışmamızdaki ve Tezcan ve arkadaşlarının Türk örneklemindeki kadın hasta oranının Eğrilmez ve arkadaşlarının ve Tezcan ve arkadaşlarının Fransız örneklemindeki kadın hasta oranından daha yüksek olması bu farklılığı kısmen açıklayabilir.

Obsesif kompulsif bozuklukta aile öyküsü

Bu çalışmada örneklemin %28'inin birinci derece akrabalarında obsesif kompulsif bozukluk tanısı bulunduğu belirlenmiştir. Eğrilmez ve arkadaşları hastaların %17.8'inde, Juang ve Liu %6'sında, Lensi ve arkadaşları %7.6'sında, Okasha ve arkadaşları %20'sinde, Deniz %30.9'unda, Seedat ve Stein %40'ında, Winsberg ve arkadaşları %37'sinde (son iki çalışma yalnız biriktirme davranışı olan az sayıda hasta örneklemini üzerinde yapılmış) birinci derece akrabalarda obsesif kompulsif bozukluk öyküsü bildirmişlerdir.^{21,23-25,27,28} Lensi ve arkadaşlarının çalışması dışında, bu çalışmaların tümünde aile öyküsü ya hastadan klasik görüşme yolu ile, ya da veri toplamaya yönelik oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile elde edilmiştir. Bizim çalışmamız da dahil hiçbirisi obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların akrabalarında obsesif kompulsif bozukluk sıklığını belirlemek için yapılmış özgün çalışmalar olmayıp bu amaca uygun yöntem uygulanmamıştır. Lensi ve arkadaşlarının çalışmasında ise aile öyküsü almaya yönelik olarak Research Diagnostic Criteria'nın Aile Öyküsü Formu kullanılmıştır.²¹ Bu amaca yönelik olarak akrabalar ile doğrudan görüşme yapılarak elde edilen sonuçlar daha gerçekçi olacaktır.

Belirti dağılımı

Obsesif kompulsif bozukluk fenomenolojisi ile ilgili araştırmaların tümünde belirti dağılımının belirlenmesi araştırmaların odak noktasını oluş-

turmuştur. Hasta açısından değerlendirildiğinde yakınmaların rahatsız ediciliği, zorlayıcılığı ile yarattığı sıkıntılı durum ön plana çıkarken; hekim tarafından değerlendirildiğinde çoğu kez hasta yakınmasını anlatır anlatmaz, şiddet ölçütünün değerlendirilmesinin ardından kolay tanı konabilen bir özellik göze çarpmaktadır. Eğrilmez ve arkadaşları temaları açısından sıklık sırasına göre kir ve pislik bulaşması, din, hastalık, cinsellik ve zarar görme, günlük etkinlikler, geçmiş, utandırıcı davranış ve ölüm şeklinde bir obsesyon sıralaması; yıkama, belirli etkinlikler, güvenlik ve emniyet, günlük etkinlikler, utandırıcı davranış şeklinde kompulsiyon sıklığı sıralaması belirlediklerini bildirmişlerdir.¹³ Tezcan ve arkadaşları ise, kir ve pislik bulaşması konulu obsesyonları hem Türk, hem de Fransız hastalarda daha sık olarak belirlerken; Türk hastalarda dini obsesyonları, Fransız hastalarda zarar verme obsesyonlarını ikinci sıklıkta belirlediklerini bildirmişlerdir.²² Son dönemde Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada ise Yiğittürk ve arkadaşları kirlilik-bulaşma ve kuşku obsesyonları ile temizlik-yıkama ve kontrol kompulsiyonları en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olarak belirlediklerini bildirmişlerdir.¹⁵ Yurt dışı kaynaklı çalışmalardan, Okasha ve arkadaşları bulaşma ve dini obsesyonların ve törensel yineleme davranışları ile yıkama ve yıkama kompulsiyonlarının en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olduğunu bildirmişlerdir.²⁴ Lensi ve arkadaşları kuşku ve bulaşma obsesyonları ile kontrol ve temizleme davranışlarını en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olarak belirlemişlerdir.²¹ Juang ve Liu bulaşma ve kuşku obsesyonları ile kontrol ve yıkama kompulsiyonlarını daha sık belirlediklerini bildirmişlerdir.²³ Deniz'in alan çalışmasında belirlediği hasta örnekleminde ise simetri/düzen, bulaşma, kuşku obsesyonları ile temizlik, kontrol, sayma kompulsiyonları en sık görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olarak belirlenmiştir.¹¹ Bizim çalışmamızda erkek hastalarda saldırganlık obsesyonları, diğer obsesyonlar başlığı altında toplanan bilme ve anımsama gereksinimi, uğurlu veya uğursuz sayılara inanma ve batıl inanışlar, kirlenme obsesyonları ve simetri/düzen obsesyonları; kadın hastalarda ise saldırganlık obsesyonları, diğer obsesyonlar başlığı altında toplanan bilme ve anımsama

gereksinimi, uğurlu veya uğursuz sayılara inanma ve batıl inanışlar, kirlenme obsesyonları, simetri/düzen obsesyonları ve kuşku obsesyonları hastaların %50'sinden daha çoğunda görülen obsesyonlar olarak belirlendi. Hastaların %50'sinden çoğunda görülen kompulsiyonlar erkeklerde yineleyici/törenselle davranışlar ile temizlik/yıkanma kompulsiyonları iken, kadın hastalarda temizlik/yıkanma ve kontrol etme kompulsiyonları olarak belirlendi. Önceki çalışmalarda genel olarak bulaşma ve kuşku obsesyonları ile temizlik/yıkanma ve kontrol kompulsiyonlarının daha sık olarak belirlendiği bildirilmiştir.^{13,21-24} Tezcan ve arkadaşlarının Elazığ'da, Okasha ve arkadaşlarının Mısır'da ve Shooka ve arkadaşlarının Bahreyn'de yaptıkları çalışmalarda dini obsesyonlar ön sıralarda yer alırken, bizim çalışmamızda seyrek olmamakla birlikte daha arka sıralarda belirlenmiştir.^{22,24,30} Her iki cinsiyette saldırganlık obsesyonlarının ilk sırada bulunması önceki çalışma sonuçları ile uyumsuz görünmektedir. Eğrilmez ve arkadaşları,¹³ Lensi ve arkadaşları,²¹ Tezcan ve arkadaşları,²² Juang ve Liu'nun²³ çalışmalarında zarar verme obsesyonları %10.25-20.85 arasında bildirilirken, bu çalışmaların yöntemlerindeki ortak yön OKB semptomatolojisinin belirlenmesinde Y-BOKÖ dışında bir yöntem (yarı yapılandırılmış görüşme formu gibi) kullanılmasıdır. Winsberg ve arkadaşlarının zarar verme obsesyonları için %35 düzeyinde yüksek sayılabilecek bir sıklık belirleyen çalışmaları Y-BOKÖ kullanılmasına karşın örneklem sayısının çok düşük olması (n=20) nedeni ile ayrı tutulursa,²⁷ OKB semptomatolojisinin belirlenmesinde Y-BOKÖ'ni uygulayan Okasha ve arkadaşlarının²⁴ saldırganlık obsesyonları için belirledikleri %41.11 oranı, aynı ölçeğin kullanıldığı bizim çalışmamızda saldırganlık obsesyonları için saptadığımız ortalama %72.9'luk orana en

yakın orandır. Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi'nin alt başlıkları incelendiğinde müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu, utanılacak bir şey yapmaktan korkma gibi doğrudan saldırganlık çağrıştırmayan ama günlük uygulamada sık karşılaşılabileceğimiz düşünsel kavramların bulunduğunu görmekteyiz. Y-BOKÖ'nün uygulanmasında bu alt başlıklara ilişkin belirtiler klinisyen tarafından çok dikkatli olarak değerlendirilmelidir.

Bu çalışma yalnız tedavi arayan ve sağlık kuruluşuna başvuran küçük bir örneklem üzerinde yürütüldüğünden bir bölge ya da bir toplum kesimi için genelleme yapılamaz. Ayrıca literatür bilgileri de çok değişik toplumlarda ve toplum kesimlerinde, farklı demografik özelliklere sahip örneklemeler üzerinde yapılan çalışmalara dayanmaktadır. OKB fenomenolojisi ve klinik özelliklerine ilişkin olarak üzerinde durulması gereken noktalardan biri araştırmaların niteliğidir. Büyük örneklemeler üzerinde yapılan alan çalışmaları ile küçük örneklemelere dayanan ve yalnızca tedavi başvurusunda bulunmuş olan hastalar üzerinde yapılan çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların iyi değerlendirilmesi gerekir. Konuya ilişkin olarak değerlendirilen değişkenlerin ölçüm kapsamı dışında kalan toplumsal ve kültürel parametreler tarafından da etkilenme durumu vardır. Ülkemizde alan çalışması niteliğinde geniş kapsamlı araştırmaların sayısı çok azdır. Çoğu kez kliniklerde az sayıda hasta üzerinde yapılan araştırma sonuçları ile genelleme yapılması ve sonuçların da kendi ülkemizdeki veri azlığı dolayısı ile diğer toplumlardan gelen sonuçlar ile karşılaştırılması durumu vardır. Fenomenolojik çalışma sonuçları üzerinde araştırma yapılan herhangi bir bozukluk için olduğu gibi OKB hakkında da doğruya daha yakın bir görüşe varmak için alan çalışmalarına gereksinim bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV, 1994). E Köroğlu (çev. ed.), dördüncü baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
2. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (1992). MO Öztürk, B Uluğ (çev. ed.), F Çuhadaroglu, İ Kaplan, G Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ (çev.), Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
3. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE 3rd, Leef PJ, Orvaschel H ve ark. Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Arch Gen

- Psychiatry 1984; 41:959-967.
4. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD Jr ve ark. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984; 41:949-958.
 5. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:1094-1099.
 6. Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand 1988; 77(suppl.338):33-42.
 7. Bland RC, Newman SC, Orn H. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand 1988; 77(suppl. 338):24-32.
 8. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, Eksen Tanıtım Ltd. Şti. 1998.
 9. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G ve ark. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Dilek Matbaası, Sivas, 1995.
 10. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. Comp Psychiatry 2004; 45:367-374.
 11. Deniz F. Manisa İl Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, 2005.
 12. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK ve ark. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1994; 55(Suppl.3):5-10.
 13. Eğrilmez A, Gülseren L, Aydemir Ö, Kültür S. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenolojik özellikler. 3P Dergisi 1995; 3:9-14.
 14. Gülseren L, Eğrilmez A, Gülseren Ş, Kültür S. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş bir grup hastada obsesyonların biçim ve içerikleri: Kesitsel bir sınıflandırma çalışması. 3P Dergisi 1995; 3:159-162.
 15. Yiğittürk D, Emul M, Sezer Ö, Kaya M, Kaya B, Ünal S. İnönü Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören OKB olgularında klinik özellikler ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi: Geriye dönük değerlendirme. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı (22-27 Ekim 2002, Marmaris), 2002, s.185-188.
 16. Degonda M, Wyss M, Angst J. The Zurich Study XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1993; 243:16-22.
 17. Nestadt G, Samuels JF, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. Obsessions and compulsions in the community. Acta Psychiatr Scand 1994; 89:219-224.
 18. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. Am J Psychiatry 1997; 4:1120-1126.
 19. Rasmussen SA, Tsuang MT. The epidemiology of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1984; 5:450-457.
 20. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am 1992; 15:743-758.
 21. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. Br J Psychiatry 1996; 169:101-107.
 22. Tezcan AE, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerin karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi 1998; 1:35-41.
 23. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci 2001; 55:623-627.
 24. Okasha A, Saad A, Khalil AH, Seif El Dawla A, Yehia N. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. Comp Psychiatry 1994; 35:191-197.
 25. Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren S, Kültür S. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. Psychopathology 1997; 30:106-110.
 26. Tükel R, Polat A, Özdemir O, Aksut D, Tursoy N. Comorbid conditions in obsessive compulsive disorder. Comp Psychiatry 2002; 43:204-209.
 27. Winsberg ME, Cassic KS, Lorrin MK. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. J Clin Psychiatry 1999; 60:591-597.
 28. Seedat S, Stein DJ. Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases. Psychiatry Clin Neurosci 2002; 56:17-23.
 29. Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9:142-147.
 30. Shooka A, Al-Haddad MK, Raes A. OCD in Bahrain: a phenomenological profile. Int J Soc Psychiatry 1998; 44:147-154.
 31. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL ve ark. The Yale-Brown

- Obsessive-Compulsive Scale I: Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46:1006-1011.
32. Karamustafaloğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı (29 Eylül-4 Ekim 1993), Bursa, Savaş Ofset, 1993, s.86.
33. Hamilton M: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23:56-62.
34. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar N, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği'nin (HDDÖ) geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikiyatri Dergisi 1996; 4:251-259.
35. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32:50-55.
36. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 9:114-117.
37. Beck AT, Waed CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.
38. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerlik, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7:3-13.
39. Spielberger CD, Gorsuch RI, Lushene RE. Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California, Consulting Psychologist Press, 1970.
40. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Elkitabı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi, 1985.
41. Gülseren L, Eğrilmez A, Gülseren Ş, Kültür S. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş bir grup hastada kompulsiyonların biçim ve içerikleri: Kesitsel bir sınıflandırma çalışması. Turk Psikiyatri Derg 1995; 6:35-40.