

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI
Anabilim Dalı Başkanı
Prof.Dr. Rahim KUCUR

GEBELİK BAŞLANGIÇLI OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK: KLİNİK
ÖZELLİKLER, KOMORBİDİTE ve İLİŞKİLİ ETKENLER

Dr Veli KAYA

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. Faruk UĞUZ

KONYA
2010

1. İÇİNDEKİLER

1. İÇİNDEKİLER	1
2. KISALTMALAR	3
3. GİRİŞ	4
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Tarihçe	5
4.2. Tanım ve Klinik Özellikler	6
4.3. Tanı Ölçütleri	9
4.4. Ayırıcı Tanı	11
4.5. Epidemiyoloji	12
4.6. Etyoloji	14
4.6.1. Psikodinamik Etkenler	14
4.6.2. Bilişsel-Davranışçı Etkenler	15
4.6.3. Psikososyal Etkenler	16
4.6.4. Biyolojik Etkenler	16
4.7. Ek Tanı	22
4.8. OKB ve Cinsiyet	22
4.9. OKB ve Gebelik	23
4.10. OKB ve Gebelik Sonrası Dönem	26
5. GEREÇ ve YÖNTEM	30
5.1. Örneklerin Seçimi	30
5.2. Veri Toplama Araçları	31
5.3. Verilerin Toplanması ve İşlem	32
5.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	33
6. BULGULAR	34

6.1. Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikler	34
6.2. GBOKB' de Klinik Özellikler ve Komorbidite	37
6.3. İlişkili Etkenler	41
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	44
7.1. Sınırlılıklar	58
7.1. Sonuç	48
8. ÖZET	50
9. SUMMARY	51
10. KAYNAKLAR	52
11. EKLER	61
Ek 1. Katılımcı Bilgi Formu	61
Ek 2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)	62
12. TEŞEKKÜR	63

2. KISALTMALAR

OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
GBOKB	: Gebelikte Başlayan Obsesif Kompulsif Bozukluk
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	: International Statistical Classification of Diseases
ECA	: Epidemiologic Catchment Area
5-HT	: 5-Hidroksitriptamin
SGİ	: Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SSGİ	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
5-HIAA	: 5-Hidroksiindolasetikasit
m-CPP	: Metaklorofenilpiperazin
AGBHS	: A Grubu Beta Hemolitik Streptokok
PANDAS	: Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections
BBT	: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
SPECT	: Single Photon Emission Computed Tomography
PET	: Positron Emission Tomography
YBOKÖ	: Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
SCID-I /CV	: Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version
SCID-II	: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders
S	: Sayı
SS	: Standart Sapma

3.GİRİŞ

Kadınlar hayatı boyunca menstruasyon, gebelik, doğum sonrası dönem, menapoz gibi önemli biyolojik ve sosyal değişimlerin olduğu dönemlere sahiptir. Kadınlar erkeklerden sadece bu anlamda değil, ruhsal bozuklukların görülme sıklığı ve klinik özellikleri yönünden de önemli farklılıklar göstermektedir. Yapılan geniş toplumsal çalışmalarda kadınlarda ruhsal bozukluğun daha yaygın görülmesinin muhtemel sebepleri arasında, söz konusu yaşamsal dönemlerin etkisi olabileceği üzerinde durulmaktadır. Son yıllarda, toplumda nispeten sık olan, yeti yitimine yol açıp mesleki ve ailesel işlevselliği önemli derecede olumsuz etkileyen OKB'nin de kadınlarda özellikle gebelik ve doğum sonrası dönemle yakından ilişki içerisinde olduğu, bu dönemlerde obsesif kompulsif belirtilerin başlayabileceği veya önceden var olan OKB'nin seyrinin değişebileceğine dair giderek artan veriler bulunmaktadır. Bununla birlikte söz konusu veriler daha çok yaygınlık ve sıklık oranlarını içermektedir. Doğum sonrası dönemle karşılaştırıldığında gebelik ve OKB ilişkisini ele alan çalışmalar oldukça azdır.

Gebeliğin tetiklediği OKB ile ilgili literatür de ancak birkaç vakayı içeren bilgilerle sınırlıdır. Mevcut bilgiler de retrospektif özelliklidir. Ayrıca bildiğimiz kadarıyla gebeliğin indüklediği OKB ile ilişkili etkenler konusunda veri bulunmamaktadır. Gebelik ve gebelik dışı dönemde başlayan OKB'nin klinik özellikleri yönünden de farklılık gösterip göstermediği bilinmemektedir.

Bu çalışmada gebeliğin tetiklediği OKB'nin klinik özellikleri, başta kişilik bozuklukları olmak üzere sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonlar neredeyse insanlık tarihi kadar eskidir. Çok eski din kitaplarında obsesyon ve kompulsiyonu telkin eden örnekler bulunmaktadır (1). Orta çağda obsesyonu olan kişiler şeytan ve kötü güçlerce ele geçirilmiş olarak değerlendirilip, işkence ve ayinlerle ele geçireni çıkarmaya, kişiler düşüncelerinden arındırılmaya çalışılmıştır (2,3).

Sosyal ve dinsel terimlerle yapılan ilk açıklamalara karşın, obsesif kompulsif belirtiler, psikiyatri literatüründe ilk kez 1838 yılında Esquirol tarafından bir melankoli belirtisi olarak tanımlanmıştır. Esquirol, obsesif kompulsif belirtileri “zeka düzeyi normal olan bir kişinin isteği dışında bilincine ulaşan ve emosyonel durumla ilgisi olmayan düşünceler” şeklinde tariflemiştir (2,3).

Obsesyon terimi ise ilk kez Morel tarafından 1866 yılında kullanılmıştır (2). Sendromun güncel tanımı 1878’de Westpal tarafından yapılmıştır. Bozuklukta bilişsel köken üzerinde duran Westpal, düşüncelerin saçma ve mantıksız oluşunun farkında olunması ile bu hastalığın gerçek delilikten ayırt edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (4).

Yirminci yüzyılın başlarında Janet, obsesyon ve kompulsiyonları fobilerle birlikte psikasteni genel başlığı altında toplayıp, kompulsiyonları davranışçı yöntemlerle tedavi etmiştir. Freud ise OKB ve fobileri ayrı bozukluklar olarak ele alıp hastalığın psikodinamik nedenleri üzerinde durmuştur (1,3).

Ayrı bir bozukluk olarak tanı sistemlerine girmesi ise ancak 1980 yılında yayımlanan DSM-III ile mümkün olmuştur. Halen DSM-IV’te anksiyete bozuklukları içinde yer olan OKB’nin, burada yer alıp almaması ile ilgili tartışmalar devam etmekte olup, yeni sınıflandırma sistemlerinde bu konuda değişiklikler olabileceği düşünülmektedir (3).

4.2. Tanım ve Klinik Özellikler

OKB temel ve baskın belirtileri obsesyon ve kompulsiyonlar olan kronik bir ruhsal bozukluktur (5). Pek çok insan obsesyonel doğada düşünceler yaşayabilir. Bu düşünceler kısa süreli, benliğe daha az yabancı, kolayca uzaklaştırılan, belirgin sıkıntıya yol açmayan düşünceler olup önemli nötralizasyon çabası gerektirmez (4). Bu nedenle her obsesyon ve/veya kompulsiyonu olan bireye OKB tanısı konulamaz. Obsesyon ve/veya kompulsiyonlar kişide belirgin sıkıntıya neden olur, önemli zaman kaybına yol açar ya da kişinin olağan günlük işlerini etkileyip, toplumsal ve mesleki işlevselliğini bozarsa bir bozukluk olarak kabul edilir. Ayrıca kişinin yaşadığı kültür normlarına uygun, aynı kültürden gelen diğer kişiler tarafından tuhaf karşılanmayan, kültüre bağlı törensel davranışlar da OKB tanısını gerektirmez (5). Hasta en azından hastalığın başlangıcında bir dönemde obsesyon ve kompulsiyonlarının saçma ve anlamsız olduğunu kabul eder. Bazılarında ise zamana ve duruma bağlı içgörü olabilir; görüşme esnasında obsesyonunun mantıksızlığını kabul edebilir. Bu özelliklerdeki kişiler için DSM-IV ve DSM-IV-TR’de “içgörüsü az olan” alt grubu oluşturulmuştur (5).

Obsesyonlar kişinin isteği dışında gelen, en azından bir zaman saçma ve mantık dışı olarak görülen, anksiyeteye neden olan, buna rağmen aklına gelmesini engelleyemediği, yineleyici düşünce (örneğin banyo yaparken yeterince yıkandım mı düşüncesi), dürtü (örneğin birini bıçaklama vb. saldırgan dürtüler), düşlemler (örneğin pornografik içerikli düşlemler)’dir. Bunlar sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir. Obsesyonlar kişinin benliğine yabancı olup denetiminde değildir. Kişi bunları zihninin bir ürünü olarak görüp bastırmaya veya önem vermemeye çalışır (3,5,6).

Kompulsiyonlar yineleyici davranışlar (örneğin tüpü kontrol etme, el yıkama) ya da zihinsel eylemler (örneğin sayma, dua etme)’dir (5). Kompulsiyonlar obsesyonun neden olduğu anksiyeteyi gidermek, korku yaratan bir durumu etkisizleştirmek ya da önlemek

üzere yapılır. Haz alma ya da doyum sağlama amacı yoktur. Bazen ise hastalar sebebini bilmeden kendilerinin oluşturduğu belli kurallara göre yapılan eylemleri yerine getirirler. Eylemler etkisizleştirilmeye çalışılan veya korunulması tasarlanan şeyle gerçekçi biçimde ilişkili değildir veya aşırı düzeydedir (5). Zihinsel kompulsiyonlar obsesif düşüncelere benzemekle birlikte, kişinin kendi isteği ile oluşturulması ve amaca yönelik olması yönüyle obsesyonlardan ayrılır (7).

Bulaşma obsesyonlarında kişi kirli olduğu düşünülen yer ve nesnelere mikrop, idrar, feçes, sperm vb. bulaşabileceği endişesi taşır. Hastalar her şeyi kirlenme kaynağı olarak görebilir; eşyalara dokunmamaya çalışır, insanlarla yakın temas kurmaktan çekinirler. Bulaşma obsesyonuna yanıt olarak temizleme kompulsiyonu gelişir. Sık ve yineleyici tarzda el yıkama bu tür kompulsiyonun en sık görülen şeklidir (6). 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 (3,6).

Bir eylemin yapıldığından emin olamama kuşku obsesyonu olarak adlandırılır. Hastalar ütünün fişini çekip çekmediği, ocağı kapatıp kapatmadığı vb. şeylerden emin olamaz. Obsesyonları, genelde tehlikeli bir duruma da işaret eder ve güvenliği sağlamak için kontrol etme kompulsiyonu geliştirirler (6).

Simetri ve düzen obsesyonu olan kişiler eşyaları belirli bir düzende yerleştirme kompulsiyonu geliştirirler. Bu ise yavaşlamaya neden olup ev ve iş yaşamında gecikmelere yol açar (3).

Saldırganlık obsesyonunda hastalar, kendisine ya da başkalarına, yapmak istemediği halde zarar verebileceği, saldırabileceği veya öldüreceği şeklinde takıntılar içerisindedir. Bu nedenle zarar verebileceğini düşündüğü nesnelere eline almamaya, o kişilerle yalnız kalmamaya çalışır, hatta kendilerini yatağa bağlayıp kontrol etme davranışı geliştirebilirler (3,6).

Cinsel obsesyonlar eşcinsellik, ensest ilişkiler gibi kişinin genel cinsellik anlayış, davranış ve ahlak normlarına uymayan düşünce ve imgeler şeklinde olabilir. Agresif ve cinsel obsesyonlara kaçınma, uzaklaşma, sorma-anlatma tarzı kompulsiyonlar eşlik eder (3,8).

Somatik obsesyonlar, sıklıkla kontrol etme, güvence arama davranışları ile birlikte görülür. İstifçilik yaygın bir semptom olmakla birlikte klinik tabloya egemen olması nadirdir, eğer tabloya hakim olursa daha fazla yeti yıkımı olduğu ileri sürülmektedir. Kontrol etme kompulsiyonu sıklıkla gelişir (8). Dinsel obsesyonlarda kişinin dini inançlarına göre günah/küfür sayılan düşünceler akla gelmektedir (2,8).

Sıklık sırasına göre obsesyonlar; bulaşma, kuşku, somatik, simetri, agresif, cinsel ve dinsel şeklindeyken kompulsiyonlar ise kontrol etme, yıkama, sayma, sorma-anlatma ve dua etme, simetri/düzen ve biriktirme şeklinde sıralanır (8). Obsesif kompulsif belirtilerin görülme sıklıkları çalışmanın yöntemine ve örneklemin kültürel özelliklerine göre değişebilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bulaşma obsesyonu %45–80, yıkama/temizleme kompulsiyonu %52–88, kontrol etme kompulsiyonu % 32–72, cinsel obsesyon %15.6–31.3, saldırganlık obsesyonu %20–60.5, dinsel obsesyon ise %20–46 oranlarında bildirilmiştir (9,10,11,12).

Olgularda birden fazla obsesyon (%33–60) yahut birden fazla kompulsiyon (%38–48) bulunabilmektedir (13,14). Foa ve arkadaşları 1995 yılında yaptıkları alan çalışmasında, 411 OKB'li hastanın %91'inde karma obsesyon ve kompulsiyon, %8.5'inde ağırlıklı olarak obsesyon bulurken, %0.5'inde ise saf kompulsiyonlar olduğunu tespit etmişlerdir (15).

4.3.Tanı Ölçütleri

Diğer mental hastalıklarda olduğu gibi OKB tanısı için de Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan ICD-10 ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM-IV-TR tanı sistemi kullanılmaktadır. Her ikisi de temelde uyumlu olmakla beraber bazı farklılıklar da mevcuttur.

OKB, ICD-10'da nevroitik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar içinde sınıflandırılırken, DSM-IV-TR'de anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılır. DSM-IV-TR süre şartı aramazken, ICD-10, en az 2 hafta süre ile çoğu günlerde bulunması gerekir şartını arar. DSM-IV-TR'de obsesyon ve kompulsiyonları ayrı ayrı, ICD-10'da birlikte tanımlanmaktadır. DSM-IV-TR'deki "içgörüsü az olan" tanısız alt tip ICD-10'da yoktur. DSM-IV-TR zihinsel eylemlerin de kompulsiyon olabileceğini belirtirken, ICD-10'da bundan bahsedilmemektedir (5,16).

DSM-IV-TR Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri (5)

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (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 ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

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

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

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

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

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

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. Yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde düşünüp durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; Madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; 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 tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

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

4.4. Ayırıcı Tanı

Obsesyonlar pek çok mental bozuklukta ortaya çıkabilmektedir. Ancak diğer bozukluklarda kompulsiyonlar çok sık eşlik etmez. Klinik pratikte endişe ile obsesyonu ayırmak her zaman kolay değildir (8). Otuz yaşından sonra başlamış olgularda, Sydenham koresi, Huntington hastalığı gibi bazal ganglionları etkileyen hastalıklar başta olmak üzere nörolojik hastalıklarla ayırıcı tanı yapmak gerekir (8,34).

Fobilerde genelde dış bir nesne ya da durumdan zarar geleceği korkusu vardır ve bunlardan kaçınılarak korku denetim altına alınmaya çalışılır. OKB’de ise başkalarına ve kendine zarar verme korkusu vardır ve kompulsiyonlarla kontrol altına alınmaya çalışılır. Fobilerde kaçınma sınırlı ve belli koşullara bağlıdır (6,8). Panik bozuklukta hastanın korkusu ataklarla sınırlı ve hissettiği bedensel belirtilerle ilgili yaşadığı duygudur. OKB’de ise korku objesi bedensel olmayıp bilişsel düzeydedir (3). Yaygın anksiyete bozukluğunda ritüellere pek rastlanmaz (8). Major depresyonda da ruminatif düşünceler görülebilir ancak bu düşünceler hastalık öncesinde yoktur ve depresyon düzeline ortadan kalkar (34).

Psikotik bozukluklarda da obsesif kompulsif belirtiler görülebilir ve içgörüsü az olan OKB’den ayırıcı tanısı oldukça zor olabilir. OKB’de düşünce ne kadar garip olsa da kişi kendi düşüncesi olduğunun her zaman farkındadır ve çoğu zaman da bu düşünce mantıksız bulunur. Psikotik hastalar OKB de görülmeyen karakteristik semptomlara sahiptir (3,5,34).

Beden dismorfik bozukluğunda kişinin ilgisi ve uğraşısı, kusurlu olarak düşündüğü beden bölgesiyle ilgilidir ve genellikle düşüncelerini anlamsız ve saçma görmez. Tourette sendromunda tikler kompulsiyona göre daha az karmaşıktır, amaçsız ve istemsizdir. Kompulsiyonlarda ise olmasından korkulan durumu önleme ve anksiyeteyi giderme amacı vardır (6).

Ciddi bir hastalığa yakalanma korkusunun görüldüğü somatik obsesyonlar hipokondriazisle karışabilir. Hipokondriak hastalar sağlıklarını kontrol amacı ile ritüel de geliştirirler ve ayırıcı tanı daha da güç hale gelebilir. Ancak hastada o anda veya daha önce başka obsesyon ve kompulsiyonların bulunması OKB lehinedir (6,8).

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu aşırı kaygı, mükemmeliyetçilik ve diğer benzer kişilik özellikleri ile OKB'ye benzerlik gösterir. Kişilik bozukluğunda obsesyon ve kompulsiyonlar genelde yoktur varsa da egosintonik olarak değerlendirilir (8,34).

4.5. Epidemiyoloji

OKB, 1980'li yıllara kadar verilerin dayandığı çalışmaların yöntemsel sorunları (yapılandırılmış görüşme ve objektif tanı kriterlerinin olmaması, yalnızca klinik verilere dayanması) nedeniyle nadir görülen bir hastalık olarak kabul edilirdi. Ayrıca hastaların stigmatizasyon kaygısı nedeniyle ısrarla sorgulanmadıkça semptomlarını söylemek istememesi de bu oranın düşük olmasını açıklayan diğer bir sebep olarak öne sürülmektedir (17).

Amerika'da Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü geçmişteki yöntemsel sorunları göz önüne alarak kapsamlı yapılandırılmış görüşmeler ve objektif tanı ölçütleri kullanarak, 1980 yılında başlatıp, 1988 yılında nihai sonuçlarını yayımladığı epidemiyolojik alan çalışmasını (Epidemiologic Catchment Area, ECA) yapmıştır. Çalışma sonuçlarına göre OKB'nin genel toplumda bir yıllık ve yaşam boyu yaygınlığı beklenenden 40–60 kat fazla bulunarak sırasıyla %1.6 ve %2.5 bulunmuştur (18,19). OKB, madde-alkol kötüye

kullanımı/bağımlılığı, fobiler ve depresyondan sonra en sık görülen dördüncü ruhsal bozukluktur. Panik bozukluk ve şizofreniden iki kat daha sık görülmektedir (13,18). Weissman ve arkadaşları (1994) tarafından ABD dışında OKB yaygınlığı araştırılmıştır. Dört kıtada yürütülen bu çalışmada %0.7 oranına sahip Taiwan dışarıda bırakılınca OKB'nin yaygınlığının %2 olduğu görülmüştür. Çalışmada OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde %0.5-2.5, kadınlarda %0.9-3.4 olarak tespit edilmiştir (20). Türkiye'de ise Çilli ve arkadaşları Konya'da OKB'nin bir yıllık yaygınlığını %3 olarak bulmuşlar, Deniz'in alan çalışmasında ise Manisa'da aynı oran %2.1 bulunmuştur (21,22).

OKB çocuklukta, ergenlikte ya da genç erişkinlikte başlamaktadır (2). Ortalama başlangıç yaşı ECA çalışmalarına göre 23'tür (19). Türk hastalar için ortalama başlangıç yaşını Demet ve arkadaşları 23.89, Eğrilmez ve arkadaşları 30, Tezcan ve arkadaşları 29.8, Deniz 21.0 olarak bildirmişlerdir (22-25). Hastalık kadınlarda erkeklerden daha geç yaşta başlamaktadır (14,17,21).

Epidemiyolojik çalışmalara göre OKB kadınlarda erkeklerden daha sık gözlenmektedir (20,26,27). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da OKB'li hastalarda kadınların sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (21-24).

OKB'nin sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha sık görüldüğü bildiren çalışmalar olduğu gibi aksi yönde sonuçlar bildiren çalışmalar da mevcuttur (19,21,28).

Çilli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalık bekarlarda daha sık görülürken, dul ve boşanmış olanlarda ve ayrı yaşayanlarda dört kat artmaktadır. Ailenin ilk ve tek çocuğu olmak, az veya çok sayıda kardeşe sahip olmak risk etkenleri olarak saptanmıştır (21). Bekarlarda daha sık görüldüğüne dair veriler yurtdışında yapılmış çalışmalarla da (14) teyit edilmekle birlikte, Türkiye'de evli hasta oranının yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (23-25).

4.6. Etyoloji

4.6.1. Psikodinamik Etkenler

Psikanalitik görüŖe göre obsesyonlar bastırılmıŖ dürtülerin türevleridir. Cinsellik ve saldırganlık obsesyonunda olduğu gibi bazen dürtü deforme edilmiŖ ancak nitelik korunmuŖ olabilir. Kompulsiyonlar ise dürtü türevleri veya dürtülere karŖı süperego buyruklarıdır (8).

OKB, psikanalitik kurama göre anal döneme gerileme sonucu geliŖir. Anal döneme saplanma bu regresyonu kolaylaŖtırırken, regresyonu tetikleyen ise anksiyete oluŖturan fallik-ödipal dürtülerin oluŖturduđu tehdittir. Tehdit karŖısında kiŖi daha güvenli bir liman olarak gördüğu anal döneme geriler. Obsesif kompulsif kiŖiler cimrilik, kararsızlık, aŖırı düzenlilik gibi anal döneme saplanma belirtileri gösterir (1,2,8).

Psikodinamik görüŖe göre her dönemin kendine özgü sorunları vardır, anal dönemde ise belirgin olan iki değerliktir. Anal döneme saplanıp, regrese olan kiŖide iki değerli tutum ve davranıŖlar artar. Ödipal dönemde sevgi ve düŖmanlık gibi karŖıt duygular kaynaŖtırılmıŖ iken regresyon çözülmeye yol aıp aynı nesneye hem sevgi hem de düŖmanlık beslenmesine neden olur. Regresyon sadece egoda değil süperego ve düŖüncelerde de olur. Bu nedenle süperego daha ilkel, katı ve sadist bir hal alırken; düŖüncelerde regresyon sözcüklere omnipotans kazandırır ve majik düŖünce egemen olur (1,8).

Ödipal dönemdeki dürtülerden kaçıp anal döneme regrese olan hasta burada da kendisini anal-sadistik dürtülerin rahatsız ettiğini görür. Bunun neden olduğu bunaltıyı ise karŖıt tepki kurma, yalıtma, yapma-bozma ve yer deđiŖtirme savunma mekanizmaları ile gidermeye çalıŖır (1,8).

Yapma bozma savunma düzeneğinde yapılmıŖ olan veya yapıldığı varsayılmıŖ bir eylemin olumsuz sonuçları tam tersi eylemlerle (örneğin hava gazı musluğunu aıp

kapatma) ortadan kaldırılmaya çalışılır. Karşıt tepki kurmada bilinç dışı yasak dürtü ve eğilimlerin tam tersi davranış sergilenir (örneğin içindeki kirlilik eğilimine karşı aşırı titiz ve temizlik düşkünü olabilir). Yalıtımda ise bir anının bilişsel yönü tamamıyla anımsanabilirken duygusal yönü bastırılır ve bilinç dışı kalır. Kişi yaşadığı bir olayı hiçbir duygu ifadesi olmadan aktarır. Yer değiştirmede kişi dürtü ve duygusunu asıl nesnesinden başka bir nesneye yöneltir (örneğin kişi ruhsal kirlilik duygusunu bedensel kirlilik duygusuna çevirerek sürekli el yıkayabilir) (1,8).

4.6.2. Bilişsel Davranışçı Etkenler

Obsesif düşünceler insanların % 90'ından fazlasında bulunmaktadır (29). Bilişsel kurama göre normal zorlayıcı düşünceler ile klinik obsesyonlar arasındaki fark, bu düşüncelerin kontrol edilebilirliğinde değil yorumlamadaki farktan kaynaklanmaktadır. Obsesif hastalar nerdeyse hemen herkesin yaşadığı zorlayıcı düşünceleri yanlış yorumlayarak tehlikeli olarak algırlar. Tehdit ve tehlikeden kendisini sorumlu tutmasıyla obsesif tablo ortaya çıkar. Bu sorumluluk bir taraftan anksiyete oluştururken; diğer taraftan bu sorumluluğu azaltmaya yönelik yansızlaştırma çabaları gelişmesine neden olur. Sorumluluk olumsuz sonuçlar oluşturabilme ya da bu sonuçları önleyebilme yönünde bir gücün olduğuna inanmaktır. Yansızlaştırma ise sorumluluğu azaltma yönünde etkisi olduğuna inanılan ve istemli yapılan aktivitelerdir. Yansızlaştırma çabaları bir yandan da hastalığın devam etmesine neden olur. Hasta tehlikenin önlenmesini yansızlaştırma çabalarına bağlamakta böylece de obsesif düşünce ve inanışları doğrulanmaktadır (6,30).

Davranışçı modele göre ise girici düşünceler (örneğin mikrop kapma), koşullanma yoluyla kişide anksiyete gibi duygularla ilişkilenebilir ve rahatsız edici özellik kazanmaktadır. Bu düşüncelerin akla gelmesi artık kişide anksiyete oluşturmakta ve kişi kaçma, kaçınma ve tekrarlayıcı (kompulsif) davranışlar geliştirmektedir. Bu kaçma, kaçınma ve tekrarlayıcı davranışlar ise anksiyeteyi azaltarak pekiştirici rolü oynamaktadır.

Hasta anksiyetesi arttıkça geliştirdiği bu geçici rahatlatıcı stratejileri daha çok kullanmakta ve bir kısır döngü içine girmektedir. Özetle bu kuram obsesyonları, anksiyete uyandıran koşullu yanıtlar; kompulsiyonları ise anksiyeteyi gidermek üzere öğrenilmiş ve anksiyetenin azaltılmasıyla da pekiştirilmiş davranışlar olarak ele alır (30,31).

4.6.3.Psikososyal Etkenler

Evlenme, doğum, sevilen birinin kaybı, ağır ekonomik sorunlar, fiziksel hastalık gibi çeşitli hayat olaylarının hastaların %60'ından fazlasında rol oynadığı bildirilmektedir (32). Tezcan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada OKB başlangıcından önceki dönemde var olan psikososyal ve çevresel sorunlar sorgulanmış, Türk hasta grubunda %63.3, Fransız hasta grubunda %53.3 oranlarında psikososyal ve çevresel sorun öyküsü alınmıştır (25). Bu oran Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 69 olarak belirtilmiştir (33).

4.6.4.Biyolojik Etkenler

Genetik

OKB'da genetik geçisin olduğuna dair çalışmalar giderek artmaktadır (35). Genetikle ilgili ilk çalışmalar yaklaşık 75 yıl önce aile çalışmaları ile başlamış (36), ayrışım ve bağlantı çalışmaları ile geliştirilip ve nihayet klinik gözlemlere dayalı biokimyasal kanıtları destekleyen moleküler genetik çalışmaları ile OKB'nin genetik temeliyle ilgili kesin sonuçlar vermese de gittikçe artan bilgiler oluşmuştur (31,35).

Aile çalışmalarında OKB hastalarının yakınlarında bozukluktan etkilenme oranı %35 olarak bulunmuştur (37). Paul ve arkadaşları 100 OKB hastası ile 100 kontrol grubunun ailelerini incelemişler, OKB grubunun ailelerinde OKB'yi % 18.2 bulurken, kontrol grubunun ailelerinde %3.9 bulmuşlardır (38). Nestadt ve arkadaşları yayımladıkları çalışmada OKB'li hastaların yakınlarındaki OKB'li birey sayısını kontrol grubunun yakınlarından yaklaşık beş kat fazla bulmuşlardır. Çalışmacılar, obsesyonların

kompulsiyonlara oranla daha yüksek genetik geçiş gösterdiğini ve erken başlangıçlı OKB’de ailesel geçişin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (39).

OKB’nin genetik temeli ikiz çalışmaları ile de gösterilmiştir. Monozigot ikizlerde OKB’nin konkordans oranı dizigot ikizlerden daha fazla bulunmuştur (40).

Ayrışım (segregasyon) alışmaları otozomal olan major bir genin OKB’nin geçişinde rol alıp almadığını tanımlamak amacıyla yapılmaktadır. Bu alışmalar Tourette sendromu ile OKB arasında ilişkiye işaret etmektedir. Tourette sendromlu hastaların yakınlarında OKB oranı ve de OKB’li hastaların yakınlarında Tourette sendromu oranı genel nüfusa oranla daha yüksek bulunmuştur (38,41). Ayrışım alışmaları kadınlarda daha kuvvetli etkiye sahip, muhtemelen dominant olan bir gen bölgesinin olabileceğine işaret etmektedir (40).

OKB olguları üzerinde yapılan bağlantı çalışmalarından; örneklem büyüklüklerinin genlerin küçük etkilerini belirleyecek kadar büyük olmaması nedeniyle bulgu elde edilememiştir. Moleküler genetik çalışmalarda nörotransmitter metabolizması ve nörogelişimsel yollarla ilişkili olarak serotonin, dopamin, MAO-A, COMT, BDNF, glikoprotein, glutamat ile ilgili gen çalışmaları yürütülmüştür. Bu genler ile ilgili çalışmalarda bugüne kadar güçlü ve sık yinelenen bulgular sağlanmasa da özellikle serotonerjik ve dopaminerjik genler gibi bazı işlevsel aday genlerle ilgili, ilgi çeken sonuçlar literatürde mevcuttur (35,42).

Serotonin

Serotonerjik sistemde anormallik OKB de patofizyolojiyi açıklamak üzere ortaya atılan bir varsayımdır (43). Bunu ilk destekleyen kanıt tedavideki klinik gözlemlerden gelmektedir. Serotonin geri alım inhibisyonu yapan ilaçlarla antiobsesyonel etkinlik gözlenirken, noradrenerjik etkili antidepresanlar ile aynı etki elde edilememiş, plasebo ile benzer düzeyde bulunmuştur (44,45). Bu gözlemler, patofizyolojide serotonin dizgesinin

rolü olduğunu düşündürmüş ve varsayım periferik serotonin işaretleyicileri ve BOS çalışmaları ile desteklenmeye çalışılmıştır (8). Gerek trombositlerde yapılan çalışmalar (46) gerekse BOS'ta serotonin metaboliti 5-HİAA'yı yüksek bulan çalışmaların (47,48) sonuçları tutarlı değildir ve beyin serotonin işlevlerini ne ölçüde temsil ettiği tartışmalıdır (31,49).

Presinaptik serotonin reseptörlerinin de rolü olabileceğini düşünen Marazziti ve arkadaşları (50), çalışmalarında presinaptik serotonin taşıyıcının periferik belirteci olan trombosit 3H-imipramin bağlanma bölgelerinin sayısında düşüklük bildirmiş; bulgular serotonin taşıyıcısının OKB'de rolü olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Serotonin reseptörlerinin beyin içinde farklı yoğunlukta dağılımı ve farklı işlevleri düzenlemesi ve de değişik serotonin reseptör alt tiplerinin olması, basit bir şekilde serotonin azlığı ya da fazlalığı şeklinde bir sonuç çıkarmaya hatta OKB etiyolojisini tek başına serotonin disregülasyonuna bağlamaya imkan vermemektedir (49).

Farmakolojik zorlama çalışmaları ile sorumlu reseptör alt tipi araştırılmaya çalışılmıştır (31). Serotonin reseptörlerinden 5-HT_{1A}, 5HT_{1D} ve 5-HT_{2C} reseptörlerine yüksek affinite ile bağlanan meta-klorofenilpiperazin (m-CPP), ve diğer anksiyojenik ajanlardan yohimbin, kolesistokinin, laktat, karbondioksit ile zorlama çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmaların çoğunda serotonin reseptörlerin yüksek affinitesi olan meta-klorofenilpiperazinin belirtileri alevlendirip; diğer anksiyojenik zorlamaların ise belirtilerde değişikliğe yol açmadığının görülmesiyle, serotonerjik dizgenin OKB'nin patogeneğinde belirgin rolü olduğu öne sürülmüştür (51).

5-HT_{1A} ve 5-HT_{2C} reseptörlerine yüksek affinite ile bağlanan MK-212 ve 5-HT_{1A} agonisti olan ipsapiron ile yapılan zorlama çalışmalarda obsesif belirtilerde artma olmadığı gözlemlenmiştir (52,53). Bu ikisinden farklı olarak m-CPP'nin 5-HT_{1D} reseptörlerine yoğun ilgi göstermesi bu reseptör alt tipinin etiyolojide rolü olabileceği şeklinde

değerlendirilmiştir (31). Stern ve arkadaşlarının 5-HT_{1D} agonisti sumatriptan ile yaptığı çalışmada (54) belirtilerin kötüleşmesi bu görüşü desteklemiştir. Mundo ve arkadaşlarının 5-HT_{1D} reseptörlerinin OKB patogenezindeki rolü ile ilgili yaptıkları genetik çalışma (55) ile bu görüş daha da desteklenmiştir.

5-HT_{1D} reseptörleri normalde presinaptik bir otoreseptördür ve serotonin salgısını azaltır. Bu reseptörler beyinde OKB etiolojisinde sorunlu bölgeler olarak gösterilen prefrontal ve bazal kaudat bölgede yoğundur. OKB'li kişilerde bu reseptörlerin aşırı duyarlı olabileceği düşünülmektedir. 5-HT_{1D}'nin aynı zaman da postsinaptik bölgede de rolü vardır. 5-HT_{1D} reseptörünün bu ikili rolü, reseptörün obsesif kompulsif davranışları düzenlediği üzerine olan görüşleri destekler niteliktedir (31,51). 5-HT_{1D} reseptörü yanıt için daha fazla süreye ve daha fazla doza ihtiyaç duyar. Bu da OKB'de yanıt için neden daha yüksek doz ve süre sorusunu kısmen cevaplar (31).

Dopamin

OKB'li hastaların % 40'ı SSGİ'lere yanıt vermemektedir. Bu durum en azından bazı hastalarda etiolojide serotoninden başka nörotransmitterlerin de rol alabileceğini; tedavide SSGİ' lere eklenen antipsikotiklerin olumlu etkileri patofizyolojide dopaminin de rolünün olduğunu düşündürmüştür (3,56). Hayvan çalışmalarında, verilen yüksek doz dopaminerjik ajanlar stereotipik davranışlara yol açmıştır (56). İnsanlarda yapılan çalışmalarda ise kokainin Tourette sendromunda tikleri kötüleştirilmesi, amfetamin verilen kişilerde kompulsif davranışlara benzer hareketlerin gözlenmesi dopamin varsayımını destekleyen bulgular olarak düşünülmüştür (3,56). Dopamin nöronlarının fazla olduğu beyin bölgelerindeki infeksiyöz, toksik ve vasküler olaylardan sonra obsesif belirtilerin ortaya çıktığının bildirilmesi, Sydenham koresi ve Huntington hastalığı gibi bazı hastalıklarda obsesif-kompulsif belirtilerin ortaya çıkması; dopamin etyolojisini düşündüren diğer bulgulardır (56,57)

Serotonin- Dopamin Hipotezi

Etyolojiyi açıklamak üzere ne serotonin ne de dopamin hipotezi yeterli görünmemektedir. Buradan yola çıkarak “serotonin-dopamin” hipotezi ortaya atılmıştır. Serotonin, dopamin üzerinde 5-HT₂ reseptörleri üzerinden inhibitör etkiye sahiptir. Bu nedenle OKB’ nin bazı alt formlarında (örneğin Tourette sendromu öyküsü olanlarda ortaya çıkan OKB), azalmış serotonin seviyesi, bazal ganglionlarda dopamin artışına neden olarak, hastalarda hem obsesyonların hem de tiklerin ortaya çıkabileceği ile sürülmektedir. Bazı OKB vakalarında antidepresanlara eklenen antipsikotiklerin yararı, antipsikotiklerin tek başına OKB de etkili olmaması ve psikozda antipsikotik tedavi verilirken OKB ortaya çıkması veya alevlenmesi bu hipotezi destekleyen klinik gözlemler olarak ileri sürülmektedir (56).

Nöropsikiyatri

Fonksiyonel görüntüleme çalışmaları, obsesif kompulsif semptomlarla sonuçlanan beyin lezyonlarının analizi, OKB’yi düzeltten nörocerrahi girişimlerle ilgili gözlemlerden elde edilen kanıtların beraber değerlendirilmesiyle etyopatogeneizde nörolojik temel de sorumlu olabileceği düşünülmektedir (58). OKB vakalarının bir kısmında silik nörolojik belirtilerin olması (59), bazal ganglionları tutan nörolojik hastalıklarda (örneğin Huntington hastalığı, Sydenham koresi, Tourette sendromu, globus pallidusun bilateral nekrozu) obsesif kompulsif belirtilere sık rastlanması, etiyolojide bazal ganglionların özellikle de striatumun rolü olabileceğini düşündürmektedir (49).

Nöroimmunolojik Etkenler

Akut romatizmal ateşin bir komplikasyonu olarak bazal ganlionların tutulmasıyla ortaya çıkan Sydenham koresinde obsesif kompulsif belirtiler görülmektedir (60). Diğer taraftan

A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarından sonra OKB ve Tourette bozukluğu başlayabilmekte veya mevcut OKB belirtileri alevlenebilmektedir (60,61). A grubu streptokok enfeksiyonlarının tetiklediği çocukluk çağı OKB ve tik bozukluklarına “streptokoklarla ilişkili pediatrik otoimmün noröpsikiyatrik bozukluklar”(PANDAS) adı verilmiştir (31). Swedo ve arkadaşları (62), bu bulgularla OKB etyopatogenezinden sorumlu faktörlerden birisinin de streptokokkal otoimmünite olabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Bir lenfosit antijeni olan D8/17 akut romatizmal ateş gelişimi için bir risk faktörüdür (63). Yapılan bir çalışmada PANDAS ve Sydenham koresi bulunan çocuklarda bu antijen kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur (62). Diğer taraftan streptokok enfeksiyonlarına bağlı OKB’si ve Tourette bozukluğu olan çocuklarda da bu antijen yüksek olarak tespit edilmiştir (64). Bu bulgular beraber değerlendirildiğinde çocuklarda başlayan bazı OKB’lerin etiolojisinde otoimmünitenin rol oynadığı, Sydenham koresi, Tourette bozukluğu ve çocukluk çağı bazı OKB olgularının bazal ganglionları etkileyen benzer mekanizmalarla ortaya çıktığı düşünülebilir (49).

Erişkinlerdeki OKB’de immün etyolojiyi araştıran çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Etiyolojiden sorumlu olabilecek bir otoantikör tespit edilememiş olmakla birlikte hem erişkin hem de çocukluk çağı OKB’lerinde ortak nöroanatomik bozukluk görüldüğünden, erişkin OKB’sinde immün etyoloji yoktur şeklinde kesin bir dışlama yapılamamaktadır (3).

Nörogörüntüleme

OKB vakalarının beyin MRI ve BT çalışmalarında ventrikül beyin parankimi oranı ve kaudat hacimde değişiklikler kontrol gruplarıyla karşılaştırılmıştır. OKB’li hastaların ventrikül beyin oranında artış, kaudat hacimde azalma tespit eden çalışmalar (65,66) olduğu gibi, hastalarla kontrol grubu arasında farklılık olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (67,68).

OKB’de manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) çalışmalarında nöron dejenerasyonunu gösteren N-asetil- aspartat (NAA) seviyelerinin sağ striatum ve anterior singulatta azaldığı ortaya konmuştur (69).

SPECT çalışmalarında bazal ganglionların kanlanmasında artış ya da azalma gibi çelişkili sonuçlar; frontal bölgeler ve talamusun kanlanmasında artış tespit edilmiştir (70,71). PET çalışmalarında ise orbitofrontal bölge ve bazal ganglionlarında metabolizma artışının olduğu ortaya konmuş ve tedavi ile bu farklılığın ortadan kalktığı bildirilmiştir (72).

4.7. Ek Tanı (Kororbidite)

Araştırmalara göre OKB’ye en az % 50 oranında eksen I psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir (73). Bunlardan en sık görüleni ise major depresyondur (13). Major depresyon ek tanısı yaşam boyu %70, hasta değerlendirildiği sırada ise % 30 oranlarındadır (13,73). Depresyon hastaların % 85’inde OKB’den sonra başlamaktadır (74). Bir çalışmada major depresyonun eşlik ettiği OKB hastalarında saldırganlık içerikli obsesyonların daha sık görüldüğü, yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu görülme oranının, kafein kötüye kullanımı, hastaneye yatış ve intihar girişimi oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (75). Diğer taraftan OKB’ye eşlik eden major depresyonun kötü prognoz ile ilişkili olduğu bulunmuştur (76).

Çalışmalarda OKB hastalarının %40-60’ının yaşam boyu başka bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı gösterilmiştir (73). OKB’ye basit fobi %20.8–28, sosyal fobi %15,6–42, panik bozukluk %3–12,yaygın anksiyete bozukluğu % 12,2–31 oranlarında eşlik etmektedir (12,13,19,77–79). Diğer psikiyatrik bozukluklardan bipolar bozukluk %3–10, Tourette ve diğer tik bozuklukları %7–19, dürtü kontrol bozukluğu %19, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı %14, psikotik bozukluklar %3–16 oranında ek tanı olarak görülmektedir (12,13,80,81). Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları grubunda

değerlendirilen vücut dismorfik bozukluğu %1,3–7,7 (78,82,83), yeme bozuklukları %2.4 (84), hipokondriazis %2.8-4.1 (12,84) oranında OKB'ye komorbid bulunur.

Konya İlinde Uğuz ve arkadaşlarının 50 OKB'li hastada yaptıkları çalışmada ise hastalarda bulunan ek tanı oranları major depresyon %46, distimik bozukluk %16, bipolar bozukluk %2, panik bozukluk %12, sosyal fobi %18, özgül fobi %24, yaygın anksiyete bozukluğu %22 şeklinde bildirilmiştir. Aynı çalışmada OKB hastalarının %64'ünde herhangi bir, eksen I tanısı bulunmuştur (85).

OKB'li hastalarda bulunan eksen II ek tanısı oranlarını %9-75 gibi çok farklı oranlarda bildiren çalışmalar (77,86) olsa da çalışmaların çoğunda ortalama % 50 civarındadır (85,87,88). Hastalara en sık eşlik eden kişilik bozuklukları C kümesine ait kişilik bozukluklarıdır (78.85.86). Uğuz ve arkadaşları çalışmalarında OKB'ye en sık eşlik eden eksen II tanılarını obsesif kompulsif (%28), çekingen (%12) ve pasif agresif (%12) kişilik bozuklukları olarak bildirirken; Baer ve arkadaşları bağımlı (%12) ,histrionik (%9), obsesif kompulsif (%6) kişilik bozuklukları olarak bildirmektedirler (85,87).

OKB hastalarında, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu oranını, yapılan 15 çalışmada %3-36 gibi farklı oranlarda olduğunu belirten Albert ve arkadaşları; sonuçları obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun, OKB hastalarında genel popülasyondan daha sık görüldüğü ancak OKB'ye özgü olmaktan ziyade genel anlamda anksiyete bozukluklarının bir özelliği olduğu şeklinde yorumlamışlardır (89).

4.8. OKB ve Cinsiyet

Son zamanlarda östrojenin beyinde çeşitli etkileri olabileceği görüşleri giderek artmaktadır. Hayvan çalışmalarında östrojenin intrasellüler reseptörler üzerinden gen ekspresyonu yaptığı gösterilmiştir. Östrojenin reseptöre bağlanması ile eksprese edilen gen ürünleri arasında BDNF, NGF gibi trofik faktörler ve triptofan hidroksilaz gibi

nörotransmitter sentezleyici enzimler bulunur. Bu nedenlerle kadınlarda östrojenin varlığı, serotonin ve noradrenalinin uygun işlev görmeleri açısından, kritik rol oynayabilir (90,91).

Deney hayvanlarında östrojenin trofik etkileri erişkin dişi deney hayvanlarının hipotalamik ve hipokampal nöronlarında bir siklus boyunca gösterilmiştir. Östrojen seviyesi arttıkça trofik etkiler artmakta, progesteron ise bunu güçlendirmektedir. Siklusun sonuna doğru, östrojen yokluğunda ise; progesteron, trofik etkileri down regülasyona uğratmaktadır. Östrojenin bu etkileri düşük glutamat seviyesi sağlayarak gerçekleştirdiği, siklusun sonuna doğru azalan östrojenle, glutamat seviyesinin arttığı; glutamatın trofik etkileri geri döndürdüğü düşünülmektedir (90,91).

Kadınlarda östrojen seviyesi reproduktif olaylarla ilişkili olarak değişiklik gösterir. Ergenlikte yükselmeye başlayıp, siklik değişiklikler gösterir ve gebelikte zirve yapar. Yükseklik tüm doğurganlık dönemi boyunca devam edip menapozla birlikte düşer. Kadınların yaşam döngüsü boyunca östrojen düzeylerindeki bu değişikliğin, depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaşamın belli aşamalarında kadınlarda erkeklerden daha sık görülmesi arasındaki ilişkiyi açıklayabileceği ileri sürülmektedir (90).

Progesteron ve türevleri tarafından beyinde, intrasellüler reseptörler aracılığıyla genler üzerinden, nörotransmitter reseptörleri üzerinden genomik olmayan etkiler gerçekleşir (92). GABA, NMDA ve sigma 1 reseptörlerinin progesteron ve türevleri için hedef yapılar olabileceği söylenmektedir (93).

OKB belirtilerinin kadınlardaki biyolojik döngülerle olaylarla ilgili olarak değişiklik gösterdiği bildirilmektedir. Williams ve arkadaşları (94) yaptıkları çalışmada OKB'li kadınların % 17'sinde gebelikte, %29'unda doğum sonrası dönemde, % 42'sinde adet öncesi dönemde belirtilerin kötüleştiği bildirilmiştir. Bazı gebelerde ise gebelik döneminde belirtilerin azaldığını bildiren çalışmalar mevcuttur (94–96). Bilindiği kadarı ile OKB' nin menopoz döneminde seyri ile ilgili yapılmış çalışma yoktur (97).

Epidemiyolojik çalışmalara göre OKB'nin prevalansı kadınlarda %0.9-3.4, erkeklerde ise %0.5-2.5 arasındadır ve erkek/kadın oranı 0.8-3.4 arasında değişmektedir (20). Çocuk ve ergen grubunda ise erkeklerin oranının daha fazla olduğu belirtilmektedir (98). Çalışmalar erkeklerde bozukluğun başlangıç yaşının kadınlara göre daha erken olduğunu göstermektedir (13,99). Hastalarda OKB'nin erken veya geç başlaması bir ayırt edici özellik olarak kabul edilmekte ve belirtilerin sayısı, şiddeti ve dağılımı açısından bir takım farklılıklar olduğu belirtilmektedir (6). Çalışmalarda erken başlangıçlı OKB'nin tik bozukluğu ile daha çok ilişkili olduğu (100), daha şiddetli seyrettiği ve kötü prognozlu olduğu (101,102), obsesyon ve kompulsiyon sayısının daha fazla olduğu (103) belirlenmiştir. Cinsiyetler arasında evlilik durumunda da farklılıklar bildirilmektedir. OKB'li kadın hastalarda evlilik oranı erkeklerden daha fazladır (32,99).

Cinsiyetler arasında obsesyon ve kompulsiyonların dağılımı da farklılık göstermektedir. Kadınlarda en sık görülen obsesyon bulaş/kirlenme, en sık görülen kompulsiyon ise yıkama/ temizlemedir (32,99,104). Erkeklerde ise cinsel, saldırganlık, kontrol obsesyon ve kompulsiyonlarının daha sık görüldüğü bildirilmektedir (99,105). Bazı çalışmalara göre kadınlarda obsesyon ve kompulsiyonlara içgörü, erkeklerden daha iyidir (99,106). Anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif semptomların şiddeti cinsiyetler arası belirgin farklılık göstermezken, bir çalışmada kadınlarda kompulsiyonların şiddeti biraz daha fazla bulunmuş (99), başka bir çalışmada ise obsesyonların şiddeti fazla bulunmuştur (105).

OKB'de eksen I komorbiditesinin cinsiyetler arası farklılığı da birkaç çalışmada gösterilmiştir. OKB'de eştanı olarak bulunan eksen I bozuklukların insidans ve prevalansında cinsiyetler arası belirgin fark bulunmazken, hastalıkların dağılımında farklılıklar olduğu bildirilmiştir (99). Tükel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada şizofreni ve sosyal fobi komorbiditesi erkeklerde daha fazla bildirilmiş (99), Bogetto ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sosyal fobi, madde kötüye kullanımı/ bağımlılığı,

hipomanik epizod, depersonalizasyon bozukluğu erkeklerde; dürtü kontrol bozukluğu ve yeme bozuklukları ise kadınlarda daha fazla görülen ek tanılar olarak rapor edilmiştir (105).

4.9. OKB ve Gebelik

Çoğu kontrollü çalışmalar olmamakla birlikte mevcut çalışmalarda gebelik boyunca OKB yaygınlığı %0.2-5.2 gibi geniş bir aralıkta bildirilmiştir (107-114). Gebe kadınların %10-25'i obsesif kompulsif belirtiler yaşamaktadır (115,116). Şimdiye kadar yapılmış kontrollü çalışma olmadığından, gebeliğin OKB gelişiminde risk olup olmadığı bilinmemektedir. Ancak genel popülasyonda kadınlardaki OKB prevalansının %0.1-1.5 (19,117-119) dikkate alındığında, gebelik döneminin OKB gelişimi açısından riskli bir dönem olduğu söylenebilir. Nijerya (111,120), İtalya (113,121), Türkiye (21,114)'de yapılan çalışmaların her birinde; gebelerdeki OKB yaygınlığı, söz konusu ülkelerin genel popülasyonunda yer alan kadınlardaki yaygınlığından daha fazladır.

İki çalışmada gebelerin %0.5-0.7'sinde OKB'nin gebeliklerinde başladığını bildirdiği bulunmuştur (114,122). OKB'si olan kadınlarda yürütülmüş retrospektif çalışmalarda, daha önce en az bir kez gebe kalmış kadınların %5.7-39'unda gebeliğin OKB başlangıcı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (94,95,123). Ayrıca Neziroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelik, OKB başlangıcı ile diğer yaşam olaylarından daha fazla ilişkiliydi (95).

Gebeliğin tetiklediği OKB ile ilgili veriler çoğunlukla küçük örneklemli, retrospektif çalışmalar veya vaka bildirimlerine dayanmaktadır. Bunlara göre gebeliğinde OKB başlayan kadınların yarısından fazlasında OKB ilk gebelikte başlamaktadır. (94,96,97,114,124,125). Uğuz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada OKB başlangıcı daha çok ikinci veya üçüncü trimester olduğu, OKB si olan ve olmayan gebeler arasında demografik özellikler, canlı doğum sayısı, gebelik haftası, düşük öyküsü ve gebelikle

ilişkili komplikasyonlar açısından fark olmadığı, OKB'si olanlarda OKB aile öyküsünün OKB'si olmayan gebelere göre daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (114).

Gebelik dönemindeki OKB klinik özellikleri ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bulaşma/kirlenme obsesyonu ve yıkama/temizleme kompulsiyonu en sık görülen belirtilerdir (114,125,126). Saldırganlık ve bulaşma obsesyonlarının bazı gebelerde fetüsle ilişkili olduğu bildirilmektedir (114,115). Hastaların öznel bildirimlerine göre, gebelik öncesi OKB'si olan kadınların %8-46'sında semptomlar gebelikte şiddetlenmekte, %10-23'ünde azalmakta, %31-69'unda ise değişmemektedir (94,97,114). Literatürde, bilindiği kadarıyla OKB'li gebelerde komorbid bozuklukları bildiren bir çalışma yoktur.

4.10. OKB ve Doğum Sonrası Dönem

Çalışmalarda doğum sonrası dönemde OKB yaygınlığı, değerlendirme zamanı ve tanı araçlarındaki farklılıklar nedeniyle %0,7–9 gibi geniş bir aralıkta bildirilmektedir. (108,127-130). Wenzel ve arkadaşları, doğum sonrası yedinci haftada eşik altı OKB oranını % 5.4 oranında bildirmektedirler (127). Doğum sonrası dönemdeki kadınların %14-63.5'i ise obsesif kompulsif belirti tariflemektedir (115,128,130). Gebelik dönemindeki OKB'de olduğu gibi, kontrollü çalışmaların olmaması nedeniyle doğum sonrası dönemin de OKB gelişimi açısından riskli dönem olup olmadığı kesin değildir; ancak mevcut çalışmaların verilerine göre doğum sonrası dönemdeki kadınlarda OKB yaygınlığı, genel popülasyondaki kadınların %0.1–1.5 oranındaki OKB yaygınlığından yüksektir (19,118,119,127).

İki izlem çalışmasında doğum sonrası dönemdeki OKB insidansı %1,7–4 bulunmuştur (114,122). Zambaldi ve arkadaşları tarafından yeni yapılan kesitsel bir çalışmada ise doğum sonrası dönemdeki 400 kadının 9'unda (%2.3) postpartum başlangıçlı OKB olduğu bildirilmiştir (130).

Mevcut literatüre göre doğum sonrası OKB, kadınların çoğunda (%75-100) ilk doğumdan sonra ve doğumdan sonraki ilk dört haftada başlamaktadır (96,131-133). Son çalışmalara göre doğum sonrası başlangıçlı OKB ile sosyodemografik ve obstetrik özellik ve komplikasyonlar (örneğin doğumun tipi, düşük öyküsü, gebelik ve doğum komplikasyonu, çocuk sayısı ve cinsi) arasında ilişki olmadığı bildirilmektedir (97,133). Doğum sonrası başlangıçlı OKB'si olan kadınlarda en sık görülen komorbid eksen II tanıları çekingen ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarıdır (133).

Doğum sonrası OKB'si olan kadınlar en sık görülen obsesyonlar, ilk bildirimlerde saldırganlık obsesyonları iken (96,132), sonraki çalışmalarda bu doğrulanmamıştır. Zambaldi ve arkadaşlarının 400 doğum sonrası kadında yaptıkları çalışmada OKB'si olan kadınlarda en sık görülen obsesyonlar eşit oranda (%77.8) bulaşma ve saldırganlık obsesyonları olarak rapor edilmiştir (130). Labad ve arkadaşları tarafından yapılan retrospektif ve Uğuz ve arkadaşları tarafından yapılan prospektif çalışmalarda en sık görülen obsesyon türü, bulaşma obsesyonlarıdır (123,133). Agresif obsesyonları olan kadınların çoğunda, bulaşma obsesyonları olanların ise bazılarında obsesyonların bebekle ilgili olduğu bildirilmektedir (97,128,130,133). En sık görülen kompulsiyonlar ise yıkama/temizleme (%14-75) ve kontrol etmedir (%57-69) (96,130,132,133). Doğum sonrası başlangıçlı OKB'si olan kadınların içgörü oranları yüksek olup, psikotik özellikler göstermemektedirler (131,133).

Üç retrospektif çalışmaya göre, doğum öncesi dönemde OKB'si olan kadınların semptomları doğumdan sonraki dönemde %29-50'sinde kötüleşmekte, % 10'nunda azalmakta, %42'sinde ise değişmemektedir (94,97,134). Onaltı örneklemlili doğum sonrası altıncı haftaya kadar izlemlili bir prospektif çalışmada ise hastaların çoğunda semptomların düzeldiği rapor edilmektedir (135). Olguların 1 yıl sonra tekrar değerlendirildiği olgu

serisinde ise doğum sonrası başlangıçlı OKB'si olup tedavi almayan kadınların çoğunda (%88.9) bu tanının devam ettiği bildirilmiştir (136).

Yayımlanmış iki vaka serisine göre doğum sonrası başlangıçlı OKB'si olan kadınların hepsinde en az bir psikiyatrik bozukluk komorbiditesi, %60'ında ise major depresyon bulunmaktadır (131,132). Kesitsel bir çalışmada ise major depresyon komorbiditesi % 38.9 olarak bildirilmiştir (130).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Örneklerin Seçimi

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum (KHD) Bölümü'nün Gebe polikliniğine, Psikiyatri polikliniğine ve Faruk Sükan Çocuk ve Doğum Hastanesi Gebe Polikliniği'ne başvuran kadınlar arasında yürütülmüştür.

Çalışmaya alınma kriterleri; çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek, 18 yaş ve üstü olmak, psikiyatrik görüşmeyi sağlıklı bir şekilde sürdürebilecek bilişsel kapasiteye sahip olmak, herhangi bir nörolojik veya fiziksel hastalık (örneğin kontrol altına alınamayan endokrin, kardiyovasküler veya solunum sistemi hastalığı) öyküsünün olmaması halen ve öyküde herhangi bir psikotik bozukluğun olmaması şeklinde belirlendi. Ayrıca preeklampsi, plasenta previa, düşük tehdidi, oligohidramnios vb gebelik komplikasyonu olanlar çalışmaya alınmadı.

Çalışma örneklemini üç gruptan oluşturuldu. Birinci grup, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi KDH ve Konya Dr Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi gebe polikliniklerine başvuran, yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonucunda DSM-IV tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alanlar içinden OKB'si gebelikte başlayan ilk 20 gebe kadından oluşturuldu (Grup I). İkinci grup ise GBOKB ile ilişkili etkenlerin saptanması amacıyla aynı polikliniklere başvuran gebe kadınlardan; yapılandırılmış klinik görüşme ile herhangi bir duygudurum ve anksiyete bozukluğu olmayan 207 ardışık gebe kadın alınarak oluşturuldu (Grup II, sağlıklı gebe grubu). Son grup ise GBOKB'deki obsesif-kompulsif belirtilerle, gebelikle ilişkisiz OKB'deki belirtiler arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran, son üç ayda herhangi bir psikotrop ilaç kullanmayan, çalışmaya alınma ölçütleri gebelerle aynı ve sosyodemografik özellikleri GBOKB grubu ile benzer olan gebelikle ilişkisiz OKB'li 40 kadından oluşturuldu (Grup III).

5.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini saptamak için araştırmacılar tarafından oluşturulan “katılımcı bilgi formu” (Bkz Ek 1), OKB ve diğer anksiyete bozuklukları ile duygudurum bozuklukları tanılarını değerlendirmek için SCID-I/CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version), kişilik bozukluklarının saptanmasında SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality disorders), OKB tanısı konan hastalarda belirtilerin türü ve şiddetini saptamak için YBOKÖ (Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği) (Bkz.Ek 2) kullanıldı.

A. Hasta Bilgi Formu

Araştırmaya alınan kadınların yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu ve çocuk sayısını içeren sosyodemografik özelliklerini, gebe ve birinci derece yakınlarında OKB, depresyon ve diğer anksiyete bozukluklarının olup olmadığı ile ilgili aile ve kişisel öyküyü, gebelerin mevcut ve geçmiş gebelik özellikleri ile ilgili düşük sayısı, kaçınıcı gebeliği olduğu, gebelik haftası, gebelik şekli, gebeliğin planlı olup olmadığı ve katılımcının sigara içip içmediğini kaydetmek için tarafımızca hazırlanan yarı yapılandırılmış bir formdur.

B. SCID-I / CV

DSM-IV’e göre eksen I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Tecrübeli bir klinisyen tarafından uygulanması gerekir. Duygudurum epizodları, psikotik ve eşlik eden semptomlar, psikotik bozuklukların ayırıcı tanısı, duygudurum bozuklukları, alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar olmak üzere altı modülden oluşur. Toplam DSM-IV eksen I ruhsal bozukluklarından 38’ini tanı ölçütleri ile 10’nu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. First ve ark. (137) tarafından geliştirilmiş olan bu görüşme aracı, dünyada yaygın kullanım alanı bulmuş, Türkçe’ye uyarlaması ve güvenilirlik

çalışması yapılmıştır (138). Türkçe formunun adı ise DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme / Klinik Versiyon'dur (139).

C. SCID-II

DSM-III-R tanı ölçütlerine göre hastalardaki kişilik bozukluklarını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan bir yarı-yapılandırılmış görüşme aracıdır. Genellikle SCID-I görüşmesinden ve hasta tarafından doldurulan SCID kişilik envanterinden sonra uygulanır. Kişilik envanteri 120 sorudan oluşmakta ve kişilik bozukluklarına yönelik tarayıcı sorular içermektedir. Görüşmeci, SCID kişilik envanterinde 'evet' yanıtlanan soruları işaretleyip, bunlarla ilgili konulara odaklanır. Önce görüşme çizelgesindeki ilgili soruları, daha sonra da gerekirse bunlara benzer başka sorular sorarak 'evet' olarak işaretlenen sorularla ilişkili maddeleri açıklığa kavuşturmaya çalışır. Spitzer ve ark. (140) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe adı DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Kişilik Bozuklukları Formu Türkçe Versiyonu'dur (141).

D.YBOKÖ

Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek için Goodman ve ark. (142) tarafından geliştirilen, yarı-yapılandırılmış bir ölçektir. 19 maddeden oluşmaktadır. Ancak belirtilerin şiddetini ölçmede ilk 10 maddesi kullanılmakta ve her soruya 0-4 arasında puan verilmektedir. Onbirinci madde OKB'nin şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılmamakla birlikte hastaların obsesif-kompulsif belirtilere içgörüsünü değerlendirmektedir. Bu madde de içgörü için 0 (mükemmel içgörü) ile 4 (içgörüsü kaybolmuş) arası puanlar verilir. Türkçe'ye uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (143).

5.3.Verilerin Toplanması ve İşlem

Çalışmaya alınan hastalara araştırma konusunda bilgi verildikten sonra onlardan katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam alındı. Ayrıca çalışma yöntemi Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme

Komisyonu tarafından onaylandı. Sosyodemografik ve obstetrik özellikler ve ailesel psikiyatrik öykü hasta bilgi formuna kaydedildi. Ailesel psikiyatrik öykü, değerlendirilen gebe kadının birinci derece yakınları ile ilgili olarak verdiği bilgilere dayandırıldı. Gebelik haftasının belirlenmesinde son adet tarihi temel alındı ve gebelik haftası ultrasonografik ölçümlerle doğrulandı. Daha sonra gebelere SCID-I aracılığıyla psikiyatrik yapılandırılmış görüşme yapıldı. Bu görüşme sırasında mevcut ve öyküde geçirilmiş veya gebeliğin başlangıcında olan duygudurum ve anksiyete bozuklukları tarandı.

Halen OKB tanısı alan gebelerden hastalık belirtilerinin başlangıcı gebelik döneminde olduğu bildirenler GBOKB grubuna dahil edildi (Grup I). Bu görüşme sırasında halen herhangi bir duygudurum ve anksiyete bozukluğu tanısı olmayanlar, sağlıklı gebe kadınlar grubuna alındı (Grup II, sağlıklı gebe grubu). Bu iki gruba dahil edilen gebe kadınlarda ayrıca daha önce yapılan çalışmalarda (88,133,144) OKB'ye en sık eşlik ettiği ve doğum sonrası başlangıçlı OKB ile ilişkili olduğu bildirilen C kümesi kişilik bozuklukları SCID-II ile tarandı. Grup I ve gebelikle ilişkisiz OKB'si olan poliklinik hastalarında (Grup III) eksen I ve II komorbiditesi de sırasıyla SCID-I ve SCID-II ile saptandı. Komorbid eksen I ve eksen II psikiyatrik tanılarının değerlendirilmesinden sonra Grup I ve Grup III hastalarda obsesyon ve kompulsyonların türü ve şiddetini belirlemek için YBOKÖ uygulandı. Hastaların obsesyon ve kompulsyonlara olan içgörü düzeyi YBOKÖ'nün 11.maddesi ile değerlendirildi.

5.4.Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS programının 13.0 versiyonu kullanıldı. Gruplar arasında kategoriksel değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare ve gerektiğinde Fisher'in Kesin Ki-Kare testi; sayısal değerlerin karşılaştırılması için t testi uygulandı. GBOKB ile ilişkili bağımsız değişkenleri saptamak içinse lojistik regresyon analizi yapıldı. Tüm testlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ alındı.

6. BULGULAR

6.1.Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikler

Araştırmaya alınan 227 gebe kadının yaş ortalaması 26.76 ± 5.74 yıl (aralık 18-47 yıl), ortalama çocuk sayısı 0.92 ± 0.96 (aralık 0-4) olup, çoğunluğu ev hanımı (s=207, %91,2), evli (s=226, %99.6) ve ilkokul mezunu (s=185, %81.5) idi (Tablo1).

Tablo 1: Çalışmaya alınan gebe kadınların sosyodemografik özellikleri (s=227)

Yaş (yıl), ort \pm ss	26.76 \pm 5.74
Çocuk sayısı, ort \pm ss	0.92 \pm 0.96
Medeni durum, s (%)	
Evli	226 (99.6)
Dul	1 (0.4)
Eğitim Durumu, s (%)	
İlköğretim	185 (81.5)
Ortaöğretim	24 (10,6)
Üniversite	18 (7.9)
Mesleki durum, s (%)	
Çalışıyor	20 (8.8)
Çalışmıyor (ev hanımı)	207 (91.2)

Ortalama gebelik süresi 29.60 ± 9.56 hafta (aralık 5-41 hafta) olup, gebelerin 17'si (%7.5) birinci trimester, 53'ü (%23.3) ikinci trimester ve 157'si (%69.2) üçüncü trimester kadınlardan oluşmakta idi. Gebe kadınlarda sigara içme oranı % 7.0 (s=16), hamilelik şekli tedavi ile olanların oranı %4 (s=9), plansız gebelik oranı %18.9 (s=43) ve düşük öyküsü oranı %33 (s=75) olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2: Çalışmaya alınan gebe kadınların obstetrik özellikleri

	s	%
Gebelik süresi, hafta, ort ± ss	29.60 ± 9.56	
Gebelik dönemi		
1. trimester	17	7.5
2. trimester	53	23.3
3. trimester	157	69.2
Hamilelik Sayısı		
İlk gebelik	74	32.6
Birden fazla gebelik	153	67.4
Düşük öyküsü	75	33
İstemsiz gebelik	43	18.9
Gebelik Şekli		
Doğal	218	96
Tedavi ile	9	4
Sigara içme	16	7

Ailesel ve bireysel majör depresyon öyküsü oranı sırasıyla %3.5 (s=8) ve %6.2 (s=14) idi. Aynı oranlar sırasıyla OKB için %0.9 (s=2) ve %1.8 (s=4) bulundu. Gebelik başlangıcındaki ruhsal durum değerlendirildiğinde, gebe kadınlardan birinde (%0.4) majör depresyon, 13'ünde (%5.7) en az bir anksiyete bozukluğu bulundu. Gebe kadınların bireysel ve ailesel psikiyatrik öyküleri Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3: Çalışmaya alınan gebe kadınların, kişisel ve ailesel psikiyatrik öyküsü (s=227)

	s	%
Ailede majör depresyon öyküsü	8	3.5
Gebede geçirilmiş majör depresyon öyküsü	14	6,2
Ailede OKB	2	0.9
Gebede geçirilmiş OKB	4	1.8
Ailede panik bozukluğu	3	1.3
Gebede geçirilmiş panik bozukluğu	1	0.4
Gebelik başlangıcında major depresyon	1	0.4
Gebelik başlangıcında anksiyete bozukluğu	13	5.7

Çalışmaya alınan gebe kadınların 36'sında (%15.9) en az bir C kümesi kişilik bozukluğu bulundu. Bunlardan en sık saptananları çekingen kişilik bozukluğu (s=16, %7), ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (s=15, %6.6) idi. Bağımlı kişilik bozukluğu %4.8 (s=11) ve pasif agresif kişilik bozukluğu %2.6 (s=6) oranında bulundu (Tablo 4).

Tablo 4: Çalışmaya alınan gebe kadınlarda C kümesi kişilik bozukluklarının dağılımı (s=227)

	s	%
Çekingen kişilik bozukluğu	16	7.0
Bağımlı kişilik bozukluğu	11	4.8
Obsesif Kompulsif kişilik bozukluğu	15	6.6
Pasif agresif kişilik bozukluğu	6	2.6
Herhangi bir C kümesi kişilik bozukluğu	36	15.9

6.2. Gebelik Başlangıçlı OKB’de Klinik Özellikler ve Komorbidite

OKB’si gebelikte başlayan hastalarda en sık görülen obsesyonlar bulaşma (s=16, %80), simetri/kesinlik (s=6, %30) ve dinsel (s=3, %15); en sık görülen kompulsiyonlar ise yıkama/temizleme (s=16, %80), kontrol etme (s=12, %60) ve düzenleme/sıralama (s=6, %30) olarak bulundu. Bulaşma obsesyonu olan 16 kadından 7’si (%43.8), saldırganlık obsesyonu olan 2 kadından biri (%50) obsesyonlarının fetusla ilişkili olduğunu bildirdi. (Tablo 5). Gebe kadınlarda OKB’nin ortalama başlama zamanı 13.3 ± 6.35 hafta (aralık 5–28 hafta) idi. Gebe kadınların bildirimlerinden OKB’nin, 9 kadında (%45) birinci trimesterde, 10 kadında (%50) ikinci trimesterde, 1 kadında (%5) üçüncü trimesterde başladığı saptandı.

Grup III’teki OKB’li kadınlarla karşılaştırıldığında, Grup I’deki kadınlarda klinik açıdan obsesif kompulsif belirti sıklığının istatistiksel olarak farklı olmadığı bulundu (Tablo 5). Grup I ve III’de ortalama YBOKÖ total puanları sırasıyla 21.95 ± 3.68 ve 27.57 ± 5.37 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($P=0.000$) (Tablo 6).

Tablo 5: GBOKB hastalar (Grup I) ile gebelikle ilişkisiz OKB hastalarının (Grup III) belirtiler açısından karşılaştırılması

	Grup I (s=20)	Grup III (s=40)	P
Obsesyonlar, s (%)			
Bulaşma	16 (80.0)	32 (80.0)	1.000
Cinsel	1 (5.0)	3 (7.5)	1.000
Saldırganlık	2 (10)	5 (12.5)	1.000
Dinsel	3 (15.0)	9 (22.5)	0.734
Somatik	3 (15.0)	5 (12.5)	1.000
Simetri	6 (30.0)	19 (47.5)	0.269
Biriktirme	1 (5.0)	3 (7.5)	1.000
Diğer	2 (10.0)	10 (25.0)	0.304
Kompulsiyonlar, s (%)			
Yıkama / temizleme	16(80.0)	32 (80.0)	1.000
Kontrol	12 (60.0)	27 (67.5)	0.579
Sayma	2 (10.0)	12 (30.0)	0.112
Yineleme	2 (10.0)	11 (27.5)	0.188
Sıralama/düzenleme	6 (30.0)	18 (45.0)	0.402
Biriktirme	1 (5.0)	2 (5.0)	1.000
Diğer	6 (30.0)	10 (25.0)	0.780

Tablo 6: GBOKB hastaları ile gebelikle ilişkisiz OKB hastalarının YBOKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması, ortalama (SS)

	Grup I (s=20)	Grup III (s=40)	P
YBOKÖ – toplam puan	21.95±2.14	27.50±5.37	0.000
YBOKÖ – obsesyon puanı	10.60±2.14	13.52±2.97	0.000
YBOKÖ – kompulsiyon puanı	11.35±2.00	13.97±2.89	0.001
YBOKÖ - içgörü puanı	1.25±0.85	1.10±1.12	0.602

Tablo 7: GBOKB’li hastalarda mevcut eksen I ek tanıları, (s=20)

Eksen I ek tanı	s	%
Herhangi bir duygudurum bozukluğu	3	15
Majör depresyon	3	15
Distimik bozukluk	-	-
Bipolar bozukluk	-	-
Herhangi bir anksiyete bozukluğu	12	60
Panik bozukluğu	1	5
Sosyal fobi	2	10
Özgül fobi	5	25
Yaygın anksiyete bozukluğu	8	40
Travma sonrası stres bozukluğu	-	-
Herhangi bir eksen I tanısı	13	65

Grup I deki kadınların %65’i (s=13) en az bir duygudurum veya anksiyete bozukluğu ek tanısı aldı. Bu tanılardan en sık olanı % 40.0 (s=8) oranı ile yaygın anksiyete bozukluğu idi. Bunu %25 (s=5) oranı ile özgül fobi, ve %15 (s=3) oranıyla da major depresyon takip etti. OKB’li gebelerin hiçbirinde bipolar bozukluk, distimi, agorafobi ve travma sonrası stres bozukluğu saptanmadı (Tablo 7). Ek tanı alan kadınların bildirimine göre yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve özgül fobi ek tanılarının tamamının; major depresyon ek tanısının 1/3’nün gebelikten önce de olduğu bulundu

Tablo 8’de Grup I ve Grup III’ün, duygudurum, anksiyete bozuklukları ve C kümesi kişilik bozuklukları yönünden karşılaştırılması gösterilmektedir. Kişilik bozukluklarının yaygınlığı yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı. Herhangi duygudurum veya anksiyete bozukluğu ek tanı oranı her iki grupta benzer olmakla birlikte, majör depresyon ve distimik bozukluk ek tanıları Grup III’de Grup I’e göre anlamlı derecede daha sık bulundu.

Tablo 8: GBOKB hastaları(Grup I) ile gebelikle ilişkisiz OKB hastalarının (Grup III) eksen I ve C kümesi eksen II ek tanıları açısından karşılaştırılması, s (%)

	Grup I (s=20)	Grup III (s=40)	P
Eksen I ek tanı	13 (65)	28 (70.0)	0.772
Herhangi bir duygudurum bozukluğu	3 (15.0)	23 (57.5)	0.002
Majör depresyon	3 (15.0)	21(52.5)	0.006
Distimik bozukluk	0 (0)	8 (20.0)	0.040
Bipolar bozukluk	0 (0)	2 (5.0)	0.548
Herhangi bir anksiyete bozukluğu	12 (60.0)	21 (52.5)	0.784
Panik bozukluğu	1 (5.0)	8 (20.0)	0.249
Sosyal fobi	2 (10.0)	6 (15.0)	0.707
Özgül fobi	5 (25.0)	11 (27.5)	1.000
Yaygın anksiyete bozukluğu	8 (40)	13 (32.5)	0.579
Travma sonrası stres bozukluğu	0 (0)	3 (7.5)	0.544
Eksen II ek tanı	11 (55.0)	21 (52.5)	1.000
Çekingen kişilik bozukluğu	6 (30)	15 (37.5)	0.775
Bağımlı kişilik bozukluğu	4 (20.0)	3 (7.5)	0.208
Obsesif Kompulsif kişilik bozukluğu	8 (40.0)	13 (32.5)	0.579
Pasif agresif kişilik bozukluğu	2 (10.0)	3 (7.5)	1.000

6.3.İlişkili Etkenler

Grup I ile Grup II arasında sosyodemografik özellikler, düşük öyküsü, gebelik şekli, gebeliğin planlı olup olmaması, gebeliğin ilk gebelik olup olmaması, OKB öyküsü, ailesel ve bireysel panik bozukluk öyküsü ve gebelik başlangıcında majör depresyonun varlığı yönünden anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 9).

Sigara içme (%30.0'a karşı % 4.8, P=0.001), ailede majör depresyon öyküsü (%20'ye karşı %1.9, P=0.002), gebede geçirilmiş majör depresyon öyküsü (%25'e karşı %4.3, P=0.004), gebede geçirilmiş OKB öyküsü (%15.0'a karşı %5, P=0.002) ve gebelik başlangıcında herhangi bir anksiyete bozukluğu oranı (%45'e karşı %1.9, P=0.000) Grup I'deki kadınlarda Grup II'ye göre anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 9).

Değerlendirilen eksen II ek tanıları grup I'de % 55.0 (s=11), grup II'de ise %12,1 (s=25) bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (P=0.000). Pasif agresif kişilik bozukluğu yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmaz iken çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları Grup I'de Grup II'ye göre anlamlı derecede daha yaygın bulundu (Tablo 10).

İkili karşılaştırmalarda anlamlı bulunan değişkenlerden sigara içme, ailede majör depresyon, gebede geçirilmiş majör depresyon öyküsü, gebelik başlangıcında anksiyete bozukluğunun varlığı, gebede geçirilmiş OKB öyküsü, çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları değişkenleri lojistik regresyon analizine tabi tutuldu. Bu analiz sonucu Tablo 11'de gösterilmektedir. Buna göre, gebede sigara içme (P=0.002), gebede geçirilmiş OKB öyküsü (P=0.006), gebeliğin başlangıcında bir anksiyete bozukluğunun varlığı (P=0.000) ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (P=0.003) gebelik başlangıçlı OKB ile ilişkili bağımsız değişkenler idi. Ailede (P=0.413) ve gebede (P=0.583) geçirilmiş majör depresyon öyküsü ile çekingen (P=0.293) ve bağımlı kişilik bozukluklarının (P=0.618) etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Tablo 9: GBOKB tanılı gebeler (grup I) ile sağlıklı gebelerin (grup II**sosyodemografik ve obstetrik özellikleri, bireysel ve ailesel psikiyatrik öykü yönünden****karşılaştırılması**

	Grup I (s=20)	Grup II (s=207)	P
Medeni durum, s (%)			
Evli	20 (100)	206 (99.5)	1.000
Eğitim, s (%)			0.334
İlköğretim	15 (75.0)	170 (82.1)	
Ortaöğretim	4 (20.0)	20 (9.7)	
Üniversite	1 (5.0)	17 (8.2)	
Yaş, ortalama (SS)	26.55 (4.12)	26.78 (5.88)	0.860
Çocuk sayısı, ortalama (SS)	1.30 (1.08)	0.89 (0.95)	0.070
Çalışma durumu			1.000
Çalışmıyor, s (%)	19 (95.0)	188 (90.8)	
Düşük öyküsü, s (%)	11 (55.0)	66 (31.9)	0.319
Plansız gebelik, s (%)	4 (20.0)	39 (18.8)	1.000
Sigara içme, s (%)	6 (30.0)	10 (4.8)	0.001
İlk gebelik, s (%)	14 (70.0)	139 (67.1)	1.000
Gebe kalma şekli, s (%)			1.000
Doğal	20 (100)	198 (95.7)	
Ailede majör depresyon öyküsü, s (%)	4 (20.0)	4 (1.9)	0.002
Gebede geçirilmiş majör depresyon, s (%)	5 (25.0)	9 (4.3)	0.004
Ailede OKB öyküsü, s (%)	1 (5.0)	1 (0.5)	0.169
Gebede geçirilmiş OKB, s (%)	3 (15.0)	1 (0.5)	0.002
Gebede geçirilmiş panik bozukluğu, s (%)	-	2 (1.0)	1.000
Gebelik başlangıcında majör depresyon, s(%)	1 (5.0)	-	0.088
Gebelik başlangıcında anksiyete bozukluğu, s (%)	9 (45.0)	4 (1.9)	0.000

Tablo 10: GBOKB tanımlı gebeler ile sağlıklı gebelerin C kümesi kişilik bozuklukları yönünden karşılaştırılması, s (%)

	Grup I (s=20)	Grup II (s=207)	P
Çekingen kişilik bozukluğu	6 (30)	10 (4.8)	0.001
Bağımlı kişilik bozukluğu	4 (20.0)	7 (3.4)	0.001
Obsesif Kompulsif kişilik bozukluğu	8 (40.0)	7 (3.4)	0.000
Pasif agresif kişilik bozukluğu	2 (10.0)	4 (1.9)	0.089
Herhangi bir C kümesi kişilik bozukluğu	11 (55.0)	25 (12.1)	0.000

Tablo 11 : Lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	S.E.	Wald	df	P
Sigara içme	2.169	.934	5.932	1	.020
Ailede depresyon	1.051	1.283	.671	1	.413
Gebede geçirilmiş depresyon	-.732	1.332	.302	1	.583
Gebede geçirilmiş OKB	4.123	1.510	7.457	1	.006
Gebelik başlangıcında anksiyete bozukluğu	4.246	.915	21.547	1	.000
Çekingen KB	1.168	1.111	1.106	1	.293
Obsesif kompulsif KB	2.685	.905	8.792	1	.003
Bağımlı KB	.660	1.325	.246	1	.618

7. Tartışma ve Sonuç

Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, gebe kadınlar arasında GBOKB'nin klinik özellikleri, komorbid durumları ve ilişkili etkenlerini araştıran ilk çalışmadır. Bu alanda önceki çalışmaların çoğunluğu bir psikiyatri veya OKB kliniğine ayaktan başvuran hastalarda retrospektif olarak yürütülmüş olup, çalışmamızda araştırılmış olan konularla ilişkili detaylı bilgi içermemektedir. Dolayısıyla bulgularımızın önceki çalışmaların bulgularıyla karşılaştırılmasında güçlükler bulunmaktadır.

Literatürde GBOKB'nin semptomatolojisi konusunda sınırlı veriler bulunmaktadır. Yapılan kesitsel bir çalışmada OKB'li gebe kadınlarda en sık obsesif kompulsif semptomların bulaşma, simetri/kesinlik ve kontrol etme olduğu gösterilmiştir (114). Chaudron ve Nirodi tarafından bu belirtilere ek olarak biriktirme kompulsiyonlarının da en sık belirtilerden olduğu bildirilmektedir (145). Bununla birlikte bu iki çalışmanın OKB örneklemelerinin çoğunluğu OKB'si gebelikten önce başlayan kadınlardan oluşmaktadır.

Gebe olmayan OKB'li hastalardan oluşan klinik bir örneklemle yürütülmüş iki yeni retrospektif çalışma bulunmaktadır. Birincisinde Labad ve arkadaşları (97) bulaşma ve temizleme/yıkama semptomlarının OKB'nin perinatal başlangıcı ile ilgili olduğunu bildirmişlerdir. İkinci çalışma Forray ve arkadaşları (146) tarafından yürütülmüş olup; çalışmada, bulaşma obsesyonlarının perinatal başlangıçlı OKB grubunda, başlangıcı perinatal dönemle ilişkisiz OKB grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamız bulguları, GBOKB'de en sık belirtilerin bulaşma obsesyonları ve temizle/yıkama kompulsiyonları olduğu yönündeki önceki çalışma bulgularını desteklemektedir. Bu çalışma ayrıca obsesif kompulsif belirtilerin sıklığı yönünden başlangıcı gebelikle ilişkili ve ilişkisiz olan OKB arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.

OKB başlangıcının gebelik haftası ile ilişkisi konusunda toplamı çalışmamızdan daha az sayıda vakayı içeren önceki çalışmalarda OKB'nin genellikle ikinci veya üçüncü trimesterde başladığı bildirilmektedir (97,114). Bu sonuçlar bulgularımız ile kısmen örtüşmemektedir. Örneklemimizde OKB'nin olguların sadece %5'inde gebeliğin üçüncü trimesterinde başladığı ve gebeliğin 28. haftasından sonra herhangi bir başlangıcın olmadığı bulunmuştur. Bulgularımıza göre ilk iki trimester OKB başlangıcı ile daha çok ilişkili görünmektedir.

Bu çalışmada OKB ile gebeliğin ilk gebelik olup olmaması arasında anlamlı bir fark bulunmadı. OKB'li gebe kadınlarda ilk gebelik oranı %30 idi. Neziroğlu ve arkadaşları (95), OKB başlangıcı gebelik ile ilişkili olan kadınların yarısında OKB'nin ilk gebelikte ortaya çıktığını bildirmektedirler. Bu bulgular sınırlı sayıda gebeliğin indüklediği OKB vakalarını içeren retrospektif çalışmalar tarafından da desteklenmektedir (94,96,97,114). Bulgular arasındaki bu fark iki faktörden kaynaklanabilir. Birincisi, diğer çalışmalardaki örneklem bir anksiyete veya OKB kliniğine başvuran OKB'li hasta kadınlar arasında yürütülürken, çalışmamız gebe kadınlar arasında yürütülmüştür. İkincisi, önceki çalışmalarda sağlıklı gebelerle OKB'li gebe kadınların gravida yönünden karşılaştırılması bulunmamaktadır.

Kadınların hormonal döngüleri sırasında psikiyatrik bozuklukların gelişmesinin öngörülmesinde bu dönemden önceki ruhsal durum önemli bir yer tutmaktadır. Örneğin, antenatal dönemde duygudurum ve anksiyete semptomlarının doğum sonrası depresyonu yordadığı bildirilmiştir (147-149). Benzer şekilde, bazı yazarlar gebelikten önceki ruhsal problemlerin gebelik sırasında gelişen anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğunu bildirmektedirler (150). Şimdiye kadar yapılan çalışmalara göre gebelik öncesi ruhsal durumun OKB gelişmesini etkileyip etkilemediği bilinmemektedir. Bulgularımız, gebelik

öncesi anksiyete bozukluğu varlığının OKB'nin ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

Örnekleminizde OKB'li ve OKB'siz gebe kadınlar arasında OKB'nin aile öyküsü yönünden anlamlı bir fark bulunmazken major depresyonun aile öyküsü OKB'li gebe kadınlar arasında anlamlı düzeyde sık bulundu. Genetik faktörler OKB etyolojisinde önemli bir yere sahiptir (35,37,38). OKB'nin pozitif aile öyküsü GBOKB ile bağlantılı olabileceği düşünülebilir ise de bulgularımız bunu desteklememektedir. Bununla birlikte çalışmamızda aile öyküleri, hastaların aileleri hakkındaki bildirimleri ile tespit edilmiş olup, gebe kadınların birinci derece yakınlarıyla yapılan klinik görüşmelere dayanmamaktadır. Bu durum bulgularımızın yorumlanmasında kısıtlayıcı bir etkidir. Çalışmamızda aile öyküsüne ek olarak bireysel major depresyon öyküsü, ikili analizlerde GBOKB ile ilişkili bulunsa da ileri analizlerde bu değişkenlerin bağımsız yordayıcı bir özelliğe sahip olmadığı bulundu. Diğer yandan bireysel OKB öyküsü GBOKB için bağımsız yordayıcı olarak bulundu. Örnekleminizde geçmişte OKB'si olan kadınların % 75'inde (4 kadından 3'ü) OKB'nin gebelik sırasında yinelediği bulundu. Literatürde OKB ile ilgili veriler olmamasına karşın önceki çalışmalar bireysel depresyon öyküsünün, perinatal depresif bozuklukla ilişkili olduğunu göstermektedir (147,148,151). Benzer şekilde, Felice ve arkadaşları (112), kişisel psikiyatrik öykünün antenatal dönemde anksiyete bozukluklarının geneli için bir risk faktörü olduğunu bildirmektedir.

OKB'li hastaların yaklaşık yarısı en az bir eksen II bozukluk tanı ölçütlerini karşılamaktadır (87,88,133,144). Bazı çalışmalarda obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun %26-36 oranlarıyla en sık görülen eksen II olduğunu bildirilmektedir (86,88,152). Çalışmamızda bu eksen II tanısı GBOKB için bağımsız belirleyici bir etken olarak bulundu. Benzer bulgular postpartum başlangıçlı OKB için de bildirilmiştir (133). Kişilik bozuklukları ve GBOKB arasındaki ilişki bilinmemektedir. Gebe kadınların önemli

bir kısmı anksiyete oluşturan zorlayıcı düşünceler yaşamaktadır (134,153). Abramowitz ve arkadaşları perinatal dönemde zorlayıcı düşüncelerin negatif yorumlanmasının, obsesif inanişlardan obsesif kompulsif semptomlara geçişte aracılık ettiğini bildirmektedirler (154). Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu zorlayıcı düşüncelerin negatif yorumlanmasında yatkınlaştırıcı bir etken olabilir. Bununla birlikte, çalışmamızda GBOKB'li hastalar ile gebelik dışı dönemde OKB'si başlayan hastalar arasında kişilik bozukluklarının oranı yönünden fark bulunmaması, bu kişilik bozukluğunun belirleyici etkisinin GBOKB'ye özgü olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca önceki çalışma bulguları doğum sonrası depresyon ve C kümesi kişilik bozuklukları veya özellikleri arasında bir bağlantıyı göstermektedir (155,156,157).

Epidemiyolojik çalışmalar OKB'li hastalarda sigara içme oranının yüksek olduğunu göstermektedir (158,159). Sistemik bir gözden geçirme, gebelik sırasında depresif belirtilerle sigara içme arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (160). Bulgularımıza göre sigara içme GBOKB için bağımsız bir etken olarak saptanmış olup, bildiğimiz kadarıyla da çalışmamız böyle bir ilişkiyi gösteren ilk çalışmadır. Doğum sonrası OKB sigara içme ile ilişkisiz görünmektedir (133). Dolayısıyla sigara içme ve GBOKB arasında özgül bir ilişki olup olmadığını tespit etmek için daha geniş örneklemlerle izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

OKB % 48-92 gibi değişen oranlarda diğer eksen I bir tanıları ile yüksek komorbidite göstermektedir (12,84,161). Çoğu çalışmaya göre OKB'ye en sık eşlik eden bozukluk majör depresyondur (13,73). Bildiğimiz kadarıyla gebelik ve OKB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda özgül eksen I bozukluklarının komorbiditesiyle ilgili bilgi bulunmamaktadır. Genel komorbidite oranı, ayaktan başvuran OKB'lilerle benzer olmakla birlikte, örnekleminizdeki GBOKB'li kadınlar arasında özgül komorbid tanıları içerisinde en sık yaygın anksiyete bozukluğu bulundu. Bu bozukluğun yüksek oranı gebeliğin kendisi

ile ilişkili olabilir ancak bu görüş ileride yapılacak çalışmalar tarafından doğrulanmalıdır. Diğer yandan örneklemimizde gebelikle ilişkisiz OKB'li kadınlara göre GBOKB'si olan kadınlarda major depresyon anlamlı derecede az bulundu. Bu durum GBOKB grubumuzun diğer grubun aksine, ruhsal şikayetleri nedeniyle psikiyatrik yardım için kliniğe başvuranlardan oluşmaması ile açıklanabilir. Toplumda OKB nedeniyle psikiyatrik yardıma başvuranlarda, başvurmayanlara göre major depresyon yaygınlığının daha yüksek bulunması bu görüşü destekler niteliktedir (162).

7.1. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın sonuçlarını yorumlarken bazı sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Birincisi, örneklemimizde gebe kadınlar sadece ilgili polikliniklere başvuran gebelerden oluşmuş olup, toplumdaki tüm gebeleri temsil etmemektedir. İkincisi, ailesel psikiyatrik bozukluk öyküsü hastaların aileleri hakkında verdikleri bilgilere dayandırılmış olup, psikiyatrik tanımlar ailelerle yapılan yapılandırılmış klinik görüşme ile konmamıştır. Üçüncüsü, bu çalışma kesitsel olarak yürütülmüştür ve bir izlem çalışması değildir. Her ne kadar genel gebelik süresi bir kişinin hastalık başlangıcını hatırlamasını çok olumsuz etkilemeyecek düzeyde ise de, OKB'nin gebelik başlangıçlı olup olmamasının hastaların geriye dönük verdiği bilgilere dayandırılması dördüncü sınırlılık olarak düşünülebilir. Son olarak, bu çalışmada GBOKB'nin klinik özellikleri ve komorbiditesi psikiyatri polikliniğine başvuran OKB'li kadınlarla karşılaştırılmıştır. Farklılık olup olmadığının belirlenmesinde karşılaştırmanın psikiyatrik yardıma başvurmayan OKB'li kadınlardan oluşan kontrol grubuyla yapılması daha sağlıklı sonuçlar verebilirdi.

7.2.Sonuç

Sınırlılıklarına rağmen, bu çalışmanın bulguları ile bazı çıkarımlara varmak mümkündür. Klinik özellikler yönünden, gebelik başlangıçlı ve gebelikle ilişkisiz OKB arasında önemli bir fark görünmemektedir. GBOKB'li kadınların yarısından fazlasında ek

olarak başka duygudurum ve anksiyete bozukluğu görölmektedir. Sigara içen, gebelik başlangıcında bir anksiyete bozukluğu olan, bireysel OKB öyküsü ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan gebe kadınlar, bunların olmadığı gebelere göre OKB başlaması yönünden daha fazla risk altında görünmektedir. Bununla birlikte bulgularımızın geniş örneklemlili izlem alışmalarınca da tekrarlanması gerekmektedir.

8. ÖZET

Gebelik Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk: Klinik Özellikler, Komorbidite ve İlişkili Etkenler

Bu çalışmada gebelikte başlayan obsesif kompulsif bozukluğun (GBOKB) klinik özellikleri, diğer anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile komorbiditesinin araştırılması amaçlandı.

Çalışma üç gruptan oluşturuldu. Birinci gruba obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan 20 gebe kadın, ikinci gruba 207 sağlıklı gebe kadın, üçüncü gruba ise gebe olmayan 40 OKB'li kadın alındı. Obsesif kompulsif semptomların tipi ve şiddetini saptamak için saptamak Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) kullanıldı. OKB ve diğer anksiyete bozuklukları veya duygudurum bozuklukları tanılarını değerlendirmek için SCID-I/CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version), komorbid C kümesi eksen II kişilik bozukluklarının saptanmasında SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders) kullanıldı.

GBOKB'de en yaygın obsesyonlar bulaşma (%80) ve simetri/kesinlik (%30), en yaygın kompulsiyonlar ise yıkama/temizleme (%80) ve kontrol etme (%60) olarak bulundu. Gebelik dışı dönemde başlayan OKB'li hastalara göre, GBOKB'li hastalarda semptom şiddetinin daha hafif olduğu, semptomların tipinin ise her iki grupta aynı olduğu görüldü. OKB'li gebelerin 13'ünde (%65) herhangi bir anksiyete veya duygudurum bozukluğu olduğu belirlendi. Bunlar içinde en sık görüleni ise yaygın anksiyete bozukluğu idi. Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre ise gebede sigara içme, gebede geçirilmiş OKB öyküsü, gebeliğin hemen öncesinde bir anksiyete bozukluğunun varlığı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu GBOKB ile ilişkili bağımsız etkenler olarak bulundu.

Bulgularımız, GBOKB'deki semptomların ve yüksek komorbiditenin gebelik dışı dönemde başlayan OKB ile benzer olduğunu göstermektedir. Ayrıca yukarıda sayılan dört faktörden en az birini taşıyan gebeler, gebelik döneminde OKB geliştirme yönünden daha fazla risk altında görünmektedir.

9. SUMMARY

Pregnancy-Onset Obsessive Compulsive Disorder: Clinical Features, Related Factors

The present study examined clinical characteristics, comorbidity with other anxiety and mood disorders of pregnancy-onset obsessive-compulsive disorder (POCD). To investigate related factors to POCD was another aim of the study.

The study sample includes three groups. Twenty pregnant OCD patients, 207 healthy pregnant women, and 40 nonpregnant women with OCD. Type and severity of obsessive-compulsive symptoms were assessed with the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). OCD and other anxiety or mood disorders were determined by means of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). Comorbid axis II disorders were diagnosed with the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II).

The most common obsessions were contamination (80%) and symmetry/exactness (30%), and the most common compulsions were cleaning/washing (80%) and checking (60%) in POCD. The patients with POCD had less severity and similar types of obsessive-compulsive symptoms compared to women with nongravid-onset OCD. Thirteen (65%) of pregnant OCD patients met criteria for a mood or anxiety disorder. Generalized anxiety disorder was the most frequently diagnosed axis I disorder. The logistic regression analysis indicated that the independent factors associated with POCD were cigarette smoking, personal history of OCD, the existence of an anxiety disorder at onset of pregnancy, and obsessive-compulsive personality disorder.

The present study suggests that POCD has a like symptomatology with nongravid-onset OCD, and that has a high comorbidity. Additionally, pregnant women with at least one of 4 factors described above seem to be under increased risk for POCD

10. KAYNAKLAR

1. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. baskı. Ankara: Nobel Kitapevi, 2002: 365–74.
2. Aslan H, Ünal M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Köroğlu E. (editör). Anksiyete monografileri serisi III. de Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1995: 101–42
3. Işık E, Işık Taner Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinde Anksiyete Bozuklukları. 1.baskı. İstanbul: Golden Print, 2006: 239-85
4. Insel TR phenomenology of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1990; 51 (suppl2):4-8.
5. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV TR). Köroğlu E (ed.); 2007: 660 – 71
6. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T. Editörler. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları 2006: 278-98.
7. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Birsöz S, Karaman T (çev. ed.). Ankara: Güneş Kitapevi, 2003: 351–65.
8. Şahin AR, Böke Ö. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Güleç C, Köroğlu E. (Editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007: 343–52.
9. Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. Psikofarkoloji Bülteni 1999;9: 142-7.
10. Karadağ F, Oğuzhanoglu N, Özdel O, Ateşçi F, Amuk T. Bir grup OKB hastasında obsesif kompulsif belirtiler: Fenomolojik bir çalışma. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı 2004: 332-5.
11. Tamam L, Saygılı M, Ünal M Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4(2): 69–80.
12. Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksüt D, Türksöy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry 2002; 43(3): 204-9.
13. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1992; 53(suppl 4): 4–10.
14. Yuang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci 2001; 55: 623-7.
15. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 1995; 152 (1): 90-6.
16. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Öztürk MO, Uluğ B (çev. ed.) Çuhadaroglu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B(çevirenler).Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993; 134–7.
17. Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1990; 51 Suppl:10-3.
18. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD Jr, Regier DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984; 41 (10): 949–58.
19. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 1988; 45(12): 1094–9.
20. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1994; 55 Suppl: 5-10.

21. . Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 367-74.
22. Deniz F. Manisa İl Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi. *Uzmanlık Tezi*, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, 2005.
23. Demet MM, Devenci A, Deniz F, Taşkın E O, Şimşek E, Yurtsever F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 133-44.
24. Eğrilmez A, Gülseren L, Aydemir Ö, Kültür S. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenolojik özellikler. *3P Dergisi* 1995; 3: 9-14.
25. Tezcan E, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılanması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1998; 1: 35-41.
26. Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195: 203-10.
27. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1362-70.
28. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 1983; 24: 99-115.
29. Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, Gagnon F. Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behav Res Ther* 1991; 29 (6): 585-97.
30. Sungur MZ. V. Obsesif kompulsif bozukluğun psikoterapisi. Tükel R, Alkın T. Editörler. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara. Türk Psikiyatri Derneği Yayınları 2006: 363-82.
31. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif-kompulsif bozukluğun patogenezi. Tükel R, Alkın T. Editörler. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara. Türk Psikiyatri Derneği Yayınları 2006. 299-338.
32. 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 (1): 101-7
33. Aslan H, Ünal M, Alpaslan ZN. Ayaktan İzlenen Obsesif Kompulsif Bozukluk Olgularında Psikososyal Özellikler. *NöroPsikiyatri Arşivi* 1996; 33(3): 169-76.
34. Pine DS, McClure EB. Anksiyete Bozuklukları: Klinik Özellikleri. Sadock BJ, Sadock VA (editörler). Aydın H, Bozkurt A (çev. ed.) *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Ankara. Sekizinci basım. Güneş Kitabevi. 2007: 1768-80.
35. Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2005; 15: 45-52.
36. Nicolini H, Arnold P, Nestadt G, Lanzagorta N, Kennedy JL. Overview of genetics and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2009; 30, 170 (1): 7-14.
37. Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15 (4): 759-66.
38. Pauls DL, Alsbrook JP 2nd, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995; 152 (1): 76-84.
39. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57 (4) :358-63.

40. Grados MA, Walkup J, Walford S. Genetics of obsessive-compulsive disorders: new findings and challenges. *Brain Dev.* 2003; 25 Suppl 1: 55-61.
41. Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GE, Cohen DJ. Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. Evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43 (12): 1180-2.
42. McMahon FJ, Kasem L. Anksiyete bozuklukları: genetik. Sadock BJ, Sadock VA(editörler). Aydın H, Bozkurt A (çev. ed.) *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Ankara. Sekizinci basım. Güneş Kitabevi. 2007: 1759-62.
43. Zohar J, Insel TR. Obsessive-compulsive disorder: psychobiological approaches to diagnosis, treatment, and pathophysiology. *Biol Psychiatry* 1987; 22: 667-87.
44. Insel TR, Murphy DL, Cohen RM, Alterman I, Kilts C, Linnoila M. Obsessive-compulsive disorder. A double-blind trial of clomipramine and clorgyline. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 605-12
45. Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby EV, Lenane MC, Cheslow DL, ve ark. Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. A double-blind crossover comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1088-92.
46. Flament MF, Rapoport JL, Murphy DL, Berg CJ, Lake CR. Biochemical changes during clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44 (3): 219-25.
47. Insel TR, Mueller EA, Alterman I ve ark. Obsessive compulsive disorder and serotonin: is there a connection? *Biol Psychiatry* 1985;20: 1174-85.
48. Thoren P, Asberg M, Bertillon L ve ark. (1980) Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder, II: biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry* 37: 1289-94.
49. Eşel E. Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3: 46-55.
50. Marazziti D, Pfanner C, Palego L, Gemignani A, Milanfranchi A, Ravagli S, ve ark. Changes in platelet markers of obsessive-compulsive patients during a double-blind trial of fluvoxamine versus clomipramine. *Pharmacopsychiatry* 1997; 30: 245-9.
51. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (suppl. 14): 18-21.
52. Bastani B, Nash JF, Meltzer HY. Prolactin and cortisol responses to MK-212, a serotonin agonist, in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 833-9.
53. Lesch KP, Hoh A, Disselkamp-Tietze J, Wiesmann M, Osterheider M, Schulte HM. 5-Hydroxytryptamine1A receptor responsivity in obsessive-compulsive disorder. Comparison of patients and controls. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 540-7.
54. Stern L, Zohar J, Cohen R, Sasson Y. Treatment of severe, drug resistant obsessive compulsive disorder with the 5-HT1D agonist sumatriptan. *Eur Neuropsychopharmacol* 1998; 8: 325-8.
55. Mundo E, Richter MA, Sam F, Macciardi F, Kennedy JL. Is the 5-HT(1Dbeta) receptor gene implicated in the pathogenesis of obsessive-compulsive disorder? *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1160-1.
56. Stahl SM. Temel Psikofarmaoloji: Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamalar. Taneli B, Taneli Y (çev. ed.). İstanbul: Yelkovan Yayıncılık, 2003: 335-45.
57. Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. The role of serotonin and dopamine in the pathophysiology of obsessive compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 1992; 7 Suppl 1: 35-8.
58. Wayne CD, Charney DS. Anksiyete bozuklukları: Beyin Görüntüleme. Sadock BJ, Sadock VA(editörler). Aydın H, Bozkurt A (çev. ed.) *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Ankara. Sekizinci basım. Güneş Kitabevi. 2007: 1748-58.

59. Hollander E, Schiffman E, Cohen B ve ark. Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. 1990 Arch Gen Psychiatry 47: 27–32.
60. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL, Ayoub EM, Hosier DM ve ark. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. Am J Psychiatry 1989; 146: 246-9.
61. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC ve ark. A 2-to 7- year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 429–39.
62. Swedo SE, Leonard HL, Mittleman BB ve ark. Identification of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. Am J Psychiatry 1997; 154:110–2.
63. Khanna AK Presence of a non-HLA B cell antigen in rheumatic fever patients and their families as defined by a monoclonal antibody. J Clin Invest 1989; 83: 1710–6.
64. Murphy TK, Goodman WK, Fudge MW ve ark. B lymphocyte antigen d8/17: a peripheral marker for childhood-onset obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. Am J Psychiatry 1997; 154:402–7.
65. Behar D, Rapoport JL, Berg CJ Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1984; 141:363–9.
66. Scarone S, Colombo C, Livian S Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. Psychiatry Research 1992; 45: 15–21.
67. Insel TR, Donnelly EF, Lalakea ML Neurobiological and neuropsychological studies of patients with obsessive-compulsive disorder. Biological Psychiatry 1983; 18: 741–51.
68. Kellner CH, Jolley RR, Holgate RC Brain MRI in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research 1991; 36: 45–9.
69. Ebert D, Speck O, Konig A H-magnetic resonance spectroscopy in obsessive-compulsive disorder: evidence for neuronal loss in the cingulate gyrus and the right striatum. Psychiatry Research: Neuroimaging 1997; 74: 173–6.
70. Busatto GF, Zamignani DR, Buchpiguel CA, Garrido GE, Glabus M ve ark. A voxel-based investigation of regional cerebral blood flow abnormalities in obsessive-compulsive disorder using single photon emission computed tomography (SPECT). Psychiatry Res 2000; 10, 99: 15–27.
71. Alptekin K, Değirmenci B, Kıvrıkcık B, Durak H, Yemez B, Derebek E, Tunca Z Tc-99m HMPAO brain perfusion SPECT in drug-free obsessive-compulsive patients without depression. Psychiatry Res 2001; 1, 107: 51–56.
72. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS Caudate cerebral glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 681–9.
73. Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. J Clin Psychiatry 1994; 55 (Suppl 10): 15-27.
74. Karamustafalıoğlu O, Karamustafalıoğlu N Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Komorbid Durumlar. Psikiyatri Dünyası 2001; 5: 62–67.
75. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A ve ark. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive compulsive disorder. J Affect Disord 1997; 46: 15-23.
76. Hecht H, Von Zerssen D, Krieg C, Posselt J, Wittchen HU. Anxiety and depression: comorbidity, psychopathology and social functioning. Compr Psychiatry 1989; 30: 420-33
77. Crino RD, Andrews G. Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. J Anxiety Disord 1996; 10: 37-46.

78. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD ve ark. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 346-51.
79. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroğlu FA, Stockman R. Nosological insertion of Axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2000; 14: 19-30.
80. Hollander E, Greenwald S, Neville D, Johnson J, Hornig CD, Weissman MM Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety*. 1996-1997;4(3):111-9.
81. Diniz JB, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Curi M, Hounie AG, Brotto SA, Miguel EC. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65,1:22-7.
82. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni CObsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry*. 2004;19(5):292-8.
83. Wilhelm S, Otto MW, Zucker BG, Pollack MH. Prevalence of body dysmorphic disorder in outpatients with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 1997; 11: 499-502.
84. Denys D, Tenney N, vanMegan JGM, deGeus F, Westernberg HGM. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2004; 80: 155-62.
85. Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. *Türkiye’ de Psikiyatri* 2006; 8,1: 1-5.
86. Bejerot S, Ekselius L, von Knorring L Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatry Scand* 1998; 97: 398-402
87. Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN, Holland AD, Seymour RJ, Minichiello WE, Buttolph L Standarized assessment of personality disorder in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47: 826-30.
88. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu J, Costa PT, Riddle MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Grados MA, Cullen BA (2000) Personality disorder and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*,2000; 177: 457-62.
89. Albert U, Maina G, Forner F, Bogetto F. DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 325-32.
90. . Stahl SM. Temel Psikofarmaokoloji: Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamalar. Taneli B, Taneli Y (çev. Ed.). İstanbul: Yelkovan Yayıncılık, 2003:538-74
91. McEwen B. Estrogen actions throughout the brain. *Recent Prog Horm Res*. 2002;57: 357-84.
92. Neurosteroids: biochemistry and clinical significance. Mellon SH, Griffin LD. *Trends Endocrinol Metab*. 2002 Jan-Feb;13(1): 35-43.
93. Monnet FP, Mahé V, Robel P, Baulieu EE Neurosteroids, via sigma receptors, modulate the [3H]norepinephrine release evoked by N-methyl-D-aspartate in the rat hippocampus. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1995; 25,92(9): 3774-8.
94. Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 330-4.
95. Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA. Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry* 1992; 149:947-50.
96. Maina G, Albert U, Bogetto F, et al. Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy delivery. *Psychiatry Res* 1999; 89: 49-58.
97. Labad J, Menchón JM, Alonso P, Segalàs C, Jiménez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 428-35.

98. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL, Cheslow DL. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 335-41.
99. Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender-related differences among the Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 362-6.
100. Santangelo SL, Pauls DL, Goldstein JM, Faraone SV, Tsuang MT, Leckman JF. Tourette's syndrome: what are the influences of gender and comorbid obsessive-compulsive disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33(6):795-804.
101. Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Epizodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 1997; 6: 154-8.
102. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 317-22.
103. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatric Res* 2003; 37: 127-33.
104. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 260-3.
105. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Mania G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 434-41.
106. Türksoy N, Tükel R, Özdemir Ö, Karalı A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2002; 16: 413-23.
107. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 148-54.
108. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Depression and anxiety disorder during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol* 2006; 85: 937-44.
109. Zar M, Wijma K, Wijma B. Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clin Psychol Psychother* 2002; 9: 122-30.
110. Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcésche V, Glatigny-Dallay E, Verdeoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 459-63.
111. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Mapayi BM. Anxiety disorders among Nigerian women in late pregnancy: a controlled study. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 325-8.
112. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J, Calleja N. Antenatal psychiatric morbidity in Maltase women. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 501-5.
113. Borri C, Mauri M, Oppo A, Banti S, Rambelli C, Ramacciotti D, et al. Axis I psychopathology and functional impairment at the third month of pregnancy: results from the Perinatal Depression-Research and Screening Unit (PND-ReScU) Study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1617-24.
114. Uğuz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S, Aşkın R, Guler O, et al. Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 441-5.
115. Brockington IF, Macdonald E, Wainscott G. Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and puerperium. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 253-63.

116. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12: 335–9.
117. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 587–95.
118. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 316–25.
119. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry* 2004; 84: 299–305.
120. Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and well-being. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 465–71.
121. Faravelli C, Degl’Innocenti BG, Giardinelli L. Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 308–12.
122. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N, et al. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Mental Health* 2006; 9: 121–30.
123. Labad J, Alonso P, Segalas C, Reval E, Jimenez S, Bueno B, et al. Distinct correlates of hoarding and cleaning symptom dimensions in relation to onset of obsessive-compulsive disorder at menarche or perinatal period. *Arch Womens Ment Health* 2009 Aug 6 [Epub ahead of print].
124. Hertzberg T, Leo RJ, Kim KY. Recurrent obsessive-compulsive disorder associated with pregnancy and childbirth. *Psychosomatics* 1997; 38: 386–8.
125. Kalra H, Tandon R, Trivedi JK, Janca A. Pregnancy-induced obsessive-compulsive disorder: a case report. *Ann Gen Psychiatry* 2005; 4: 12.
126. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *J Anxiety Disord* 2003;17: 461–78.
127. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord* 2005;19: 295–311.
128. Wenzel A, Gorman LL, O’Hara MW, Stuart S. The occurrence of panic and obsessive-compulsive symptoms in women with postpartum dysphoria: a prospective study. *Arch Womens Ment Health* 2001; 4: 5–12.
129. Navarro P, Garcia-Esteve L, Ascaso C, Aguado J, Gelabert E, Martin-Santos R. Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: Prevalence and comorbidity in a community sample. *J Affect Disord* 2008; 109: 171–6.
130. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TL, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry* 2009; 50: 503–9.
131. Sichel DA, Cohen LS, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Postpartum obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 156–9
132. Arnold LM. A case series of women with postpartum-onset obsessive-compulsive disorder. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1999; 1: 103–8.
133. Uğuz F, Akman C, Kaya N, Çilli AS. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: Incidence, clinical features, and related factors. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 132–8.

134. Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Female hormones affect symptom severity in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21: 171–5.
135. Uğuz F, Gezginc K, Zeytinci İE, Karataylı S, Aşkın R, Güler O, et al. Course of obsessive-compulsive disorder during early postpartum period: a prospective analysis of 16 cases. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 558–61.
136. Uğuz F, Kaya N, Sahingoz M, Cilli AS, Akman C. One year follow-up of postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: A case series. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32: 1091–2.
137. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C: American Psychiatric Press, 1997.
138. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-36.
139. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme. Çorapçioğlu A (çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
140. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First M. Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. Washington D.C: American Psychiatric Press, 1990.
141. Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifirne Z, Örnek I, Aydın C, Aktener E. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders, Türkçe Versiyonu. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
142. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-11.
143. Karamustafalıoğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bursa: Savaş Ofset, 1993: 86.
144. Mavissakalian M, Hamann MS, Jones B. DSM-III personality disorders in obsessive-compulsive disorder: Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry* 1990; 31,5: 432–7.
145. Chaudron LH, Nirodi N. The obsessive-compulsive spectrum in the perinatal period: a prospective pilot study. *Arch Womens Ment Health* 2010.
146. Forray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougale CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 2010.
147. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 26(4): 289-95.
148. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28,1: 3–8.
149. Kirpınar İ, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs* 2010; 19: 422–31.
150. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2009;25: 344–56.

151. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Can J Clin Pharmacol* 2009;16: 15–22.
152. Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*. 1993; 54(10):373-9.
153. Fairbrother N, Woody SR. New mothers' thoughts of harm related to the newborn. *Arch Womens Ment Health* 2008;11: 221–9.
154. Abramowitz JS, Nelson CA, Rygwall R, Khandker M. The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: A longitudinal study. *J Anxiety Disord* 2007; 21: 91–104.
155. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 937–44.
156. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 269–74.
157. Boyce PM. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6: 43–50.
158. Lawrence D, Considine J, Mitrou F, Zubrick SR. Anxiety disorders and cigarette smoking: Results from the Australian Survey of Mental health and Wellbeing. *A N Z J Psychiatry* 2010;44: 520–7.
159. Lundberga S, Carlssonb A, Carlsson P N and M L. Case report. Nicotine treatment of obsessive–compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2004; 28, 7: 1195–9.
160. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:5–14.
161. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large sample. *J Abnorm Psychol* 2001; 110: 585–99.
162. Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşkın R ve ark. The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004, 45: 99–108.

11.EKLER

EK 1: KATILIMCI BİLGİ FORMU

A- Demografik ve Gebelik bilgileri

Yaş :.....

Dosya No :

Medeni Durum :1. Evli 2. Dul

Mesleği : 1.Çalışıyor 2. Çalışmıyor

Eğitim :1. İlköğretim 2. Ortaöğretim 3. Üniversite

Çocuk Sayısı :.....

Düşük Öyküsü :0. Yok 1. Var

İlk Gebelik mi? :0. Hayır 1. Evet

Gebelik haftası :.....

Gebelik Trimesteri: 1. Birinci trimester 2. İkinci trimester 3. Üçüncü trimester

Gebelik Planlı mı? 0. Hayır 1. Evet

Gebelik Şekli : 1. Doğal 2. Tedavi

Sigara İçiyor mu? 0. hayır 1. evet

B. Psikiyatrik Öykü

Ailede Majör Depresyon Öyküsü Var mıdır? 0. Hayır 1. Evet

Değerlendirilen Gebede Geçirilmiş Majör Depresyon Öyküsü Var mı? 0. Hayır 1.

Evet

Ailede OKB Var mı? 0. hayır 1. evet

Değerlendirilen Gebede Geçirilmiş OKB Öyküsü Var mı? 0. Hayır 1. Evet

Ailede Panik Bozukluğu Öyküsü Var mı? 0. Hayır 1. Evet

Değerlendirilen Gebede Geçirilmiş Panik Bozukluğu Öyküsü Var mı? 0. Hayır

1.Evet

Gebede, Gebelik Başlangıcında Majör Depresyon Var mı? 0. Hayır 1. Evet

Gebede, Gebelik Başlangıcında Bir Anksiyete Bozukluğu Var mı? 0. Hayır 1.Evet

C. Hastadaki Mevcut Tanılar-OKB (Halen Okb Tanısı Olanlara)

Halen OKB Var mı? 0. Hayır 1.Evet

Gebelikte Ortaya Çıkan OKB Var mı? 0. Hayır 1.Evet

Evetse Kaçınıc Haftada Ortaya Çıktı?

EK 2. YALE–BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (YBOKÖ)

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

- 0: Yok
- 1: Hafif (günde 1 saatten az)
- 2: Orta (günde 1 – 3 saat)
- 3: Ağır (günde 3 – 8 saat)
- 4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla)

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

- 0: Hiç
- 1: Hafif derecede
- 2: Orta derecede
- 3: Ağır derecede
- 4: Çok ağır, işgöremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

- 0: Hiç
- 1: Hafif derecede
- 2: Orta derecede,
- 3: Ağır derecede
- 4: Çok ağır

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

- 0: Her zaman
- 1: Çoğu zaman.
- 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
- 3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir .
- 4: Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ

- 0: Tam
- 1: Büyük oranda
- 2: Orta derecede
- 3: Az miktarda
- 4: Kontrol edemiyor

OBSESYON ALT PUANI:

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

- 0: Hiç
- 1: Hafif (günde 1 saatten az)
- 2: Orta derecede (günde 1-3 saat)

- 3: Ağır (günde 3 – 8 saat)
- 4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla)

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

- 0: Hiç
- 1: Hafif derecede
- 2: Orta derecede
- 3: Ağır derecede
- 4: Çok ağır, işgöremez durum

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

- 0: Hiç
- 1: Hafif derecede
- 2: Orta derecede,
- 3: Ağır derecede
- 4: Çok ağır

9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

- 0: Her zaman
- 1: Çoğu zaman.
- 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
- 3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir .
- 4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ

- 0: Tam
- 1: Büyük oranda
- 2: Orta derecede
- 3: Az miktarda
- 4: Kontrol edemiyor

KOMPULSİYON ALT PUANI:

TOPLAM:

12. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesinde beni her zaman teşvik eden ve yol gösteren sayın Yard. Doç. Dr Faruk Uğuz'a, teşekkürü bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime katkıda bulunan sayın Prof. Dr. Rahim Kucur'a, sayın Prof. Dr. Rüstem Aşkın'a, Sayın Prof. Dr. Nazmiye Kaya'ya, sayın Doç. Dr. Ali Savaş Çilli'ye, daima uyum içinde çalıştığımız araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Veli KAYA

KONYA 2010

NOT: Bu tez Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun 29.8.1995 tarih ve 95/09 sayılı kararı ile uygun görülen tez yazım kurallarına göre yazılmıştır.