

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**POSTPARTUM DÖNEMDE OBSESİF KOMPULSİF
BOZUKLUK SEYRİNİN DEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. EDA YAKUT

KONYA, 2018

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**POSTPARTUM DÖNEMDE OBSESİF KOMPULSİF
BOZUKLUK SEYRİNİN DEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ**

DR. EDA YAKUT

UZMANLIK TEZİ

Danışman: PROF. DR. FARUK UĞUZ

KONYA, 2018

TEŞEKKÜR

Psikiyatri eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, kendilerinden çok şey öğrendiğim kıymetli hocalarım Prof. Dr. Rahim KUCUR, Prof. Dr. Nazmiye KAYA, Prof. Dr. Mehmet AK, Doç. Dr. Adem AYDIN'a ve Doç. Dr. Mine ŞAHİNGÖZ'e,

Tezimin ve eğitimimin tüm aşamalarında yol gösterici olan ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Faruk UĞUZ'a,

Rotasyon eğitimlerim sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Doç. Dr. Ayhan BİLGİÇ, Doç. Dr. Ömer Faruk AKÇA, Dr. Öğr. Gör. Semih Erden, Prof. Dr. Figen GÜNEY ve diğer öğretim üyelerine,

Eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum çalışma arkadaşlarıma, psikiyatri servis ve poliklinik çalışanlarına,

Psikiyatriye başladığım günden bugüne kadar her zaman yanımda olduğunu hissettiren sevgili dostum Dr. Kezban TURGUT'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan, varlıklarına her daim şükrettiğim kıymetli aileme, neşe kaynağım kardeşime,

Sürecin en zorlu zamanında hayatıma girip, her şeyi kolaylaştırmak için elinden geleni yapan, hayat arkadaşım Hurşit'e ve sayesinde kazandığım ikinci aileme,

Teşekkür ederim.

Eda...

ÖZET
POSTPARTUM DÖNEMDE OBSESİF KOMPULSİF
BOZUKLUK SEYRİNİN DEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ
UZMANLIK TEZİ
Dr. EDA YAKUT
KONYA, 2018

Amaç: Obsesif kompulsif bozukluğun postpartum dönemde sıklığı, seyri ve klinik özellikleri ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada OKB'nin postpartum dönemdeki seyri ile klinik özellikler, kişinin mizaç özellikleri, stresle baş etme becerileri, algılanmış sosyal destek düzeyi ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde doğum nedeni ile yatan kadınlar, doğum sonrası ilk gün psikiyatrik görüşme ile değerlendirilmiş, DSM-IV tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan 37 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS), TEMPS-A Mizaç Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve Algılanmış Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Hastalar ile doğum sonrası 6-8 hafta sonrasında ikinci bir psikiyatrik görüşme yapılmış ve bu görüşmede sadece Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği uygulanmıştır. Hastalara yapılan analizler neticesinde postpartum dönemde YBOCS skorlarına göre değerlendirilen klinik belirtilerinde %35 ve daha fazla azalma olan ve olmayan grup karşılaştırılmıştır.

Bulgular: YBOCS ölçek puanlarına göre, postpartum değerlendirmede, 16 hastada (%43.2) %35 veya daha fazla azalma, 3 (%8.1) hastada %25-35 oranında azalma, ve 2 (%5.4) hastada %35'ten fazla artma saptandı. Belirti şiddeti en az %35 azalma olan ve olmayan grup arasında sosyodemografik değişkenler, bebeklerin doğum ağırlıkları, doğum haftası, erken doğum, gravida, düşük öyküsü, doğum şekli, yapılan ölçeklerdeki algılanmış sosyal destek düzeyi ve doğumun ilk günündeki anksiyete ve depresif belirti şiddeti düzeyi, obsesyon ve kompulsiyon şiddet düzeyi yönünden anlamlı fark bulunmadı. Obsesif kompulsif belirtilerde %35 ve daha fazla azalma ile geçmiş doğumdan sonra obsesif kompulsif belirti şiddetinde azalma olması ve TEMPS-A hipertimik mizaç puanının yüksekliği arasında bağımsız şekilde ilişkili olduğu saptandı.

Sonuç: Bu çalışmanın bulguları, önceki doğumlarından sonra obsesif kompulsif belirti şiddetinde azalma olanlar ve hipertimik mizaç özelliklerine sahip hastalarda, OKB belirtilerinin doğum sonrasında hafifleyebileceğini göstermektedir. Çalışma bulgularının teyit edilebilmesi için daha büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Postpartum Dönem; Obsesif Kompulsif Bozukluk; Klinik Özellikler

SUMMARY
THE ASSOCIATION BETWEEN
DEMOGRAPHIC AND CLINICAL FEATURES OF OBSESSIVE
COMPULSIVE DISORDER COURSE IN POSTPARTUM PERIOD

Dr. EDA YAKUT

KONYA,2018

OBJECTIVES: There are many studies related to the prevalence, course and clinical features of obsessive-compulsive disorder in the postpartum period. The aim of this study is to investigate the relationship between the course and clinical features of OCD in the postpartum period and temperament characteristics, stress coping skills, perceived social support level, sociodemographic characteristics.

Method: The women who were hospitalized at Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Obstetrics and Gynecology Department were evaluated by psychiatric interview on the first postnatal day. Hospital Anxiety and Depression Scale, Yale-Brown Obsession Compulsion Scale (YBOCS), TEMPS-A Temperament Scale, Coping Attitudes Scale (COPE) and Perceived Social Support Scale were applied to the patients. A second psychiatric interview was performed with the patients only using Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale between the postpartum sixth and eighth weeks. As a result of statistical analyses of YBOCS scores in the postpartum period, patients are grouped according to reduction of the clinical symptoms. The patient groups with and without %35 reduction in their clinical symptoms were compared.

Results: According to YBOCS scores, postpartum evaluation revealed a 35% or more reduction in 16 patients (43.2%), a 25-35% reduction in 3 (8.1%) patients, and an increase of more than 35% in 2 (5.4%) patients. No significant difference was found related to sociodemographic variables, birth weight of infants, birth week, preterm birth, gravida, miscarriage history, delivery method, level of perceived social support and severity of anxiety and depressive symptoms on the first day of labor, the level of obsession and compulsion severity between the groups with and without at least 35% reduction in clinical symptoms. An independent relationship was found between a 35% or more decrease in obsessive-compulsive symptoms and these two factors: a significant decrease in obsessive-compulsive symptom severity after the previous birth and the high TEMPS-A hyperthymic temperament score.

Conclusion: The results of this study suggest that OCD symptoms may be alleviated after birth in patients with hyperthymic temperament and with a history of decrease in obsessive-compulsive symptom severity after the previous birth. Studies with larger samples are needed to confirm the findings of this study.

Key words: Clinical Features; Obsessive compulsive disorder; Postpartum Period

İÇİNDEKİLER

Sayfa

I. TEŞEKKÜR.....	iii
II. ÖZET.....	iv
III. ABSTRACT.....	v
IV. İÇİNDEKİLER.....	vi
IV. TABLO LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Tanım.....	2
2.2. Tarihçe.....	5
2.3. Epidemiyoloji.....	6
2.4. Etiyoloji.....	7
2.4.1. Psikanalitik Görüş.....	7
2.4.2. Bilişsel Davranışçı Kuram.....	9
2.4.3. Biyolojik Etkenler.....	11
2.4.3.1. Genetik.....	11
2.4.3.2. Nöroanatomik Çalışmalar.....	12
2.4.3.3. Nöromedyatörler.....	14
2.4.3.4. Nöroimmünoloji.....	18
2.5. Tanı Kriterleri.....	19
2.6. Ek tanı.....	21
2.7. OKB ve Cinsiyet.....	23
2.8. OKB ve Gebelik.....	24
2.9. OKB ve Postpartum Dönem.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Örnekleme.....	29
3.2. Yöntem ve Değerlendirme Araçları.....	29
3.2.1. Hasta Bilgi Formu.....	29
3.2.2. SCID-I / CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version).....	30
3.2.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOCS).....	30
3.2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD).....	30
3.2.5. TEMPS-A Mizaç Ölçeği.....	31
3.2.6. COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği.....	31
3.2.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS).....	32
3.3. İstatistiksel Analiz.....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Örneklemin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	33
4.2. Obsesif Kompulsif Belirti Şiddetinin Postpartum Seyri.....	37
4.3. Obsesif kompulsif belirti şiddetinde en az %35 azalma ile ilişkili etkenler.....	38
5. TARTIŞMA.....	44
5.1. Obsesif kompulsif belirti yaygılıığı.....	44
5.2. Ek tanıları.....	44
5.3. Obsesif kompulsif belirti şiddetinin seyri.....	45
5.4. Obsesif kompulsif belirti şiddetinde en az %35 azalma ile ilişkili etkenler.....	46
6. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI.....	49
7. SONUÇLAR.....	49
8. KAYNAKLAR.....	50
9. EKLER.....	61

TABLOLAR

SAYFA

Tablo 1: Çalışmaya alınan kadınların sosyodemografik özellikleri.....	33
Tablo 2: Çalışmaya katılan kadınların obstetrik özellikleri.....	34
Tablo 3: Hastalardaki Obsesyon ve kompulsiyon türleri.....	35
Tablo 4: İlk değerlendirmede hastalara konulan ek tanımlar.....	35
Tablo 5: Örneklemin COPE, TEMPS-A, Algılanmış Sosyal Destek Ölçeği ve HAD Ölçeği Skorları.....	36
Tablo 6: İlk ve ikinci değerlendirmelerdeki ortalama YBOCS skorlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 7: İkinci değerlendirmede saptanan YBOCS skorlarındaki değişiklikler.....	37
Tablo 8: Obsesif kompulsif belirti şiddetinde %35 ve daha fazla azalma olan ve olmayan grupların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması....	38
Tablo 9: Obsesif kompulsif belirti şiddetinde %35 ve daha fazla azalma olan ve olmayan gruplar arasında obsesyon ve kompulsiyon türlerinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 10 : Obsesif kompulsif belirti şiddetinde %35 ve daha fazla azalma olan ve olmayan gruplar arasında değerlendirilen ölçek skorlarının karşılaştırılması...	41
Tablo 11: Lojistik regresyon analizi sonuçları.....	43

ÖZET
POSTPARTUM DÖNEMDE OBSESİF KOMPULSİF
BOZUKLUK SEYRİNİN DEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ
UZMANLIK TEZİ
Dr.EDA YAKUT
KONYA, 2018

Amaç: Obsesif kompulsif bozukluğun postpartum dönemde sıklığı, seyri ve klinik özellikleri ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada OKB'nin postpartum dönemdeki seyri ile klinik özellikler, kişinin mizaç özellikleri, stresle baş etme becerileri, algılanmış sosyal destek düzeyi ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde doğum nedeni ile yatan kadınlar, doğum sonrası ilk gün psikiyatrik görüşme ile değerlendirilmiş, DSM-IV tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan 37 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS), TEMPS-A Mizaç Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve Algılanmış Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Hastalar ile doğum sonrası 6-8 hafta sonrasında ikinci bir psikiyatrik görüşme yapılmış ve bu görüşmede sadece Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği uygulanmıştır. Hastalara yapılan analizler neticesinde postpartum dönemde YBOCS skorlarına göre değerlendirilen klinik belirtilerinde %35 ve daha fazla azalma olan ve olmayan grup karşılaştırılmıştır.

Bulgular: YBOCS ölçek puanlarına göre, postpartum değerlendirmede, 16 hastada (%43.2) %35 veya daha fazla azalma, 3 (%8.1) hastada %25-35 oranında azalma, ve 2 (%5.4) hastada %35'ten fazla artma saptandı. Belirti şiddeti en az %35 azalma olan ve olmayan grup arasında sosyodemografik değişkenler, bebeklerin doğum ağırlıkları, doğum haftası, erken doğum, gravida, düşük öyküsü, doğum şekli, yapılan ölçeklerdeki algılanmış sosyal destek düzeyi ve doğumun ilk günündeki anksiyete ve depresif belirti şiddeti düzeyi, obsesyon ve kompulsiyon şiddet düzeyi yönünden anlamlı fark bulunmadı. Obsesif kompulsif belirtilerde %35 ve daha fazla azalma ile geçmiş doğumdan sonra obsesif kompulsif belirti şiddetinde azalma olması ve TEMPS-A hipertimik mizaç puanının yüksekliği arasında bağımsız şekilde ilişkili olduğu saptandı.

Sonuç: Bu çalışmanın bulguları, önceki doğumlarından sonra obsesif kompulsif belirti şiddetinde azalma olanlar ve hipertimik mizaç özelliklerine sahip hastalarda, OKB belirtilerinin doğum sonrasında hafifleyebileceğini göstermektedir. Çalışma bulgularının teyit edilebilmesi için daha büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Postpartum Dönem; Obsesif Kompulsif Bozukluk; Klinik Özellikler

SUMMARY
THE ASSOCIATION BETWEEN
DEMOGRAPHIC AND CLINICAL FEATURES OF OBSESSIVE
COMPULSIVE DISORDER COURSE IN POSTPARTUM PERIOD
KONYA,2018

Objectives: There are many studies related to the prevalence, course and clinical features of obsessive-compulsive disorder in the postpartum period. The aim of this study is to investigate the relationship between the course and clinical features of OCD in the postpartum period and temperament characteristics, stress coping skills, perceived social support level, sociodemographic characteristics.

Method: The women who were hospitalized at Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Obstetrics and Gynecology Department were evaluated by psychiatric interview on the first postnatal day. Hospital Anxiety and Depression Scale, Yale-Brown Obsession Compulsion Scale (YBOCS), TEMPS-A Temperament Scale, Coping Attitudes Scale (COPE) and Perceived Social Support Scale were applied to the patients. A second psychiatric interview was performed with the patients only using Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale between the postpartum sixth and eighth weeks. As a result of statistical analyses of YBOCS scores in the postpartum period, patients are grouped according to reduction of the clinical symptoms. The patient groups with and without %35 reduction in their clinical symptoms were compared.

Results: According to YBOCS scores, postpartum evaluation revealed a 35% or more reduction in 16 patients (43.2%), a 25-35% reduction in 3 (8.1%) patients, and an increase of more than 35% in 2 (5.4%) patients. No significant difference was found related to sociodemographic variables, birth weight of infants, birth week, preterm birth, gravida, miscarriage history, delivery method, level of perceived social support and severity of anxiety and depressive symptoms on the first day of labor, the level of obsession and compulsion severity between the groups with and without at least 35% reduction in clinical symptoms. An independent relationship was found between a 35% or more decrease in obsessive-compulsive symptoms and these two factors: a significant decrease in obsessive-compulsive symptom severity after the previous birth and the high TEMPS-A hyperthymic temperament score.

Conclusion: The results of this study suggest that OCD symptoms may be alleviated after birth in patients with hyperthymic temperament and with a history of decrease in obsessive-compulsive symptom severity after the previous birth. Studies with larger samples are needed to confirm the findings of this study.

Key words: Clinical Features; Obsessive compulsive disorder; Postpartum Period

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD : International Statistical Classification of Diseases
5-HT: 5-Hidroksitriptamin
5-HIAA : 5-Hidroksiindolasetikasit
m-CPP : Metaklorofenilpiperazin
ASA: Anti-streptokok antikor
PANDAS : Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With
Streptococcal Infections
SPECT : Single Photon Emission Computed Tomography
PET : Positron Emission Tomography
YBOCKS : Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
SCID-I/CV : Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version
N : Sayı
SS : Standart Sapma
OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OK: Obsesif Kompulsif
TEMPS-A: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris ve San Diego
Autoquestionnaire
HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Ruhsal bozuklukların görülme oranları ve klinik belirtileri cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Kadınların yaşamlarında başta nörotransmitter fonksiyonlar olmak üzere merkezi sinir sisteminde bir çok etkiye sahip olan gonadal hormonlarda belirgin değişikliklerin geliştiği menarş, menstruasyon, gebelik, menopoz gibi dönemlerin olması, onların psikiyatrik bozukluklara duyarlılıklarını arttıran etkenlerden olduğu düşünülmektedir.

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), işlevsellikte önemli kayıplara yol açan ve nispeten sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Erkeklerle göre daha yaygın olduğu bilinmesinin yanında, kadınlarda bu bozukluğun ortaya çıkması ve seyri üzerinde reproduktif dönemlerin etkili olduğuna dair birçok çalışma bulunmaktadır. Reprodüktif dönemler içerisinde gerek klinik uygulamalar gerekse araştırmalarda en çok üzerinde durulanları, gebelik ve postpartum dönemdir. Bu dönemlerde daha önceden tanı alan hastalarda belirtilerin şiddeti değişkenlik gösterebileceği gibi, OKB tanısı da ilk kez konulabilir.

Bugüne kadar postpartum dönemde OKB sıklığı, seyri ve klinik özellikleri ile ilgili yapılmış birçok çalışma vardır. Gebelik ve postpartum dönemde başlayan OKB ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik bazı çalışmalar yayımlanmış olmakla birlikte, OKB'nin postpartum dönemdeki seyri üzerinde hangi sosyodemografik ve klinik değişkenlerin etkili olduğunu araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada OKB'nin postpartum dönemdeki seyri ile klinik özellikler, kişinin mizaç özellikleri, stresle baş etme becerileri, algılanmış sosyal destek düzeyi ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB); obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile seyreden, genellikle süregelen, bazen dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin işlevselliğini belirgin düzeyde etkileyen bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin 2015).

Obsesyonlar, yineleyici ve istem dışı akla gelen, üzerinde sürekli olarak düşünülen, kişiyi rahatsız eden düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanır. Obsesyonlar benliğe yabancı (ego-distonik) nitelikte olup, kişi bunları irade dışı yaşar, zevk almaz ve kişide belirgin kaygıya sebep olur. Genellikle mantıksız, kişinin ahlaki anlayışına, görüşlerine ve inancına ters olup zorlayıcı (intusive) niteliktedir (Koroğlu 2015). Kişi, obsesyonların kaynağının kendisi olduğunu bilir, çoğu zaman direnmeye, görmezden gelmeye çalışır, ya da obsesyonlar, başka bir düşünce ya da eylem ile yüksüzleştirilmeye çalışılır (Karamustafalıoğlu, 2018).

Kompulsiyonlar, çoğunlukla obsesyonlara cevap niteliğinde olup, kişinin belirli kurallara göre yapmak zorunda hissettiği, tekrarlayıcı davranış ya da zihinsel eylemlerdir. Amaç, obsesyonun neden olduğu kaygıyı gidermek, korkulan durumu önlemek ya da etkisizleştirmektir. Başlangıçta obsesyonu yüksüzleştirmek için yapılan davranış ya da zihinsel eylemler, giderek artar. Obsesyon ile gerçekçi şekilde ilişkili olmayıp, kişinin işlevselliğini olumsuz etkileyecek düzeyde zamanını almaya başlar. Denetlenmesi zor olan kompulsiyonların engellenmesi bireyde belirgin anksiyeteye neden olur. Kompulsiyonlar da obsesyonlar gibi benliğe yabancı niteliktedir (Sadock ve ark. 2016).

Obsesyon ve kompulsiyonlar, OKB'nin ana belirtileri olmakla birlikte gündelik hayatta yaşantılanan olağan durumlar olarak da görülebilmektedir. Gündelik hayatımızda işlevselliğimizi arttırabilen kompulsif nitelikteki bazı durumlara harcanan zamanın artması, yaşanan olaylar karşısında düşünce ve davranışlar arasında geri bildirim sağlayan obsesyonel özellikteki davranışların ilişkileri bozacak ve işlevselliği etkileyecek duruma gelmesi halinde bir bozukluktan bahsedilmektedir (Yüksel 2014).

Epidemiyolojik çalışmalarda, OKB tanısı alan hastaların %40'ında sadece obsesyonlar, %30'unda sadece kompulsiyonlar bulunurken, her iki belirtinin görüldüğü hastaların oranı %30

olarak bildirilmektedir. Klinik araştırmalarda obsesyon ve kompulsiyonların birlikte bulunma oranı ise % 75'ten fazladır (şahin ve ark. 2007).

Hastaların yaklaşık %50'sinde bulaşma obsesyonu, % 40'ında kuşku obsesyonu görülür. Simetri, somatik ve saldırganlık obsesyonları %30 oranında, cinsel obsesyonlar %25 oranında ve dinsel obsesyonlar %10 oranında görülürken %70 hastada iki veya daha çok obsesyon birlikte gözlenmektedir (şahin ve ark. 2007).

Kirlenme-bulaşma obsesyonları en sık görülen obsesyonlardır. Kişi, kirli olarak düşündüğü alanlardan idrar, feğes, meni vb. bulaşacağı düşüncesi ile endişe duyar (Karaca ve Doksat 1998). Bu alanlar ile temas etmeyip sadece düşündüğü zaman dahi kişide anksiyete oluşturabilmektedir. n plandaki duygu anksiyete olmakla birlikte tiksinti ve obsesif utanę duyguları da eşlik edebilir. Bu obsesyonlar neticesinde ortaya ęıkan anksiyeteyi azaltmak için temizleme kompulsiyonları gelişir. Hastalar kirli olarak düşündüğü vücut bölgelerini, evdeki eşyaları, elbiseleri yıkamadan duramaz. En sık görüleni, tekrarlayan ve uzun süreli el yıkamalarıdır. Hastalar ayrıca bulaşmasından dolayı endişe duyduğu maddelerden uzaklaşmak için kaçınma davranışı geliştirebilirler (Bayraktar 1997, Tükel 2000, Sadock ve Sadock 2016).

Kuşku obsesyonları ikinci sıklıkta görülen obsesyonlardır. Kişi, eylemi yapıp yapmadığından emin olamaz. Bu obsesyonlar genellikle kapı, elektrik, t, doğalgaz musluğu vb. nesnelere ağık bıraktığı düşünceleri şeklinde kendisini gösterir. Geręek olma olasılığının düşük olduğunu bilirler, kötü bir durum ile karşılaşacağı anksiyetesi ile kontrol etme kompulsiyonlarını geliştirirler (Bayraktar 1997, Tükel ve ark. 2002, şahin ve ark. 2007). En sık görülen kompulsiyon olan kontrol etme, kuşku obsesyonu olan hastaların %82'sinde görülür. Eylemin geręekleřtiđini bildikleri halde tekrarlayan şekilde kontrol edildiği durumlar saatlerce sürebilir (Bayraktar 1997).

Dini içerikli, cinsel ve saldırgan eylemler ile ilgili tekrar eden düşünceleri kapsayan obsesyonlar ğnc sıklıkta görülmektedir. Dini içerikli obsesyonlarda kutsal görülen değerlere saygısızlık, günah işleme, dinden ęıkma gibi kişiyi rahatsız eden dini temaların zihinsel olarak sık gündemde olmasındır. Kişi bu temalardan dolayı ceza alacağını düşünür, yoğun kaygı duyar. Bazı kişiler kaygıyı azaltmak için sık dua okur, din ile ilgili davranışları artırır. Dini içerikli obsesyonlar ülkemizde batı ülkelerine kıyas ile daha sık görülmektedir. Saldırganlık obsesyonları olan kişilerde kendisine ya da başkalarına zarar

verme, yaralama, öldürme gibi şiddet içeren büyüsel güce sahip, eylem ile eş tutulan düşünceler, dürtü ya da imgeler yer almaktadır. Kendilerine zarar vermekten, utanılacak bir eylem yapmaktan korkan bu kişiler, makas, bıçak gibi nesnelere uzak durur, sevdikleri kişiler ile zarar vereceği endişesinden dolayı yalnız kalmaktan kaçınırlar. Kişide belirgin suçluluk duyguları vardır (Rasmussen ve Eissen 1990, Stoll ve ark. 1992, Tükel ve ark. 2009). Saldırganlık obsesyonu olan kişilerin %68'inde cinsel obsesyonlar da eş zamanlı bulunmaktadır (Bayraktar 1997). Cinsel obsesyonlar, kişi için utanç veren, kabul edilemez özellikteki cinsel içerikli düşünce, imge ve dürtülerdir. Genellikle aile bireylerine ya da diğer kişilere yönelik uygun olmayan ya da eşcinsel nitelikteki cinsel dürtüler ve/veya bunlar ile ilgili imgeler şeklinde kendisini gösterir (Bayraktar 1997, Tükel ve ark. 2009). Saldırganlık ve cinsel obsesyonlarda sıklıkla kaygı duyulan durumun olmadığı konusunda güvence aramak için anlatma ve sorma kompulsiyonları görülür. Bu tür obsesyonları olan hastalarda anksiyete ve suçluluk duyguları ön plandadır.

Simetri ve düzen obsesyonları yaşanan olayların bireylerin kendi istedikleri doğrultuda mükemmel, nesnelere ise tam bir simetriye sahip olacak şekilde belirli bir düzende yer alması ile ilgilidir. İstenilen durum karşılanamadığı zaman anksiyeteden ziyade hoşnut olmama ve gerginlik görülür. Bu kişilerde diğer obsesyonlardan farklı olarak bulgular benliğe yabancı değildir. Hastalarda basit günlük işleri gerçekleştirirken fazla ilgilenmeden dolayı amaca geç ulaşmaya neden olan obsesyonel yavaşlık ve ortaya çıkmasından endişe ettiği tehlikeli durumu önlemek için kurulmak istenen düzen ile bundan kaynaklı sayma ve yapma bozma ritüellerinin sık olduğu büyüsel düşünce ön planda görülür (Şahin ve ark 2007).

Somatik obsesyonlarda, kişide ölümcül hastalığı olduğu veya olacağı yönünde düşünceler vardır. Bedensel görünümü ile fazlaca ilgilenir. Kişi sık sık sağlık kurumlarına giderek güvence arama ve kontrol ritüellerini gerçekleştirmiş olur (Şahin ve ark. 2007, Tükel ve ark. 2009). Belirli davranışların aynı tarz ve sayıda yinelendiği tekrarlama ve sayma kompulsiyonları da OKB'deki klinik varyasyonlardandır (Rasmussen ve Eisen 1992). Kullanım alanı ya da kişi için belirli bir değeri olmayan nesnelere biriktirmesi, bunların atılması yahut elden çıkmasında yoğun düzeyde kaygının bulunduğu durum ise biriktirme obsesyonu ve kompulsiyonlarıdır (American Psychiatric Association 2013).

2.2. Tarihçe

Obsesif kompulsif bozukluk yaklaşık üçyüz yıldır bilinmekte olup, psikiyatride tanımlanan ilk hastalıklardandır. Obsesyon ve kompülsiyonlar insanlığın varoluşundan bu yana olan kavramlardır. Çoğu dini ve büyüsel törenlerin temelinde obsesif kompulsif davranış örüntüleri bulunmaktadır ve toplumsal değişkenlik göstermektedir. Yapılan erken tanımlamalar da ortaya çıktığı kültürel oluşumlardan etkilenmiştir (Insel ve ark. 1990). Shakespeare'in eserindeki LadyMacbeth karakterinde, suçluluk duygusunun neden olduğu obsesyon ve el yıkama kompülsiyonlarına değinilmiştir (Bayraktar 1997).

İlk kez 1838 yılında depresyon ya da melankolinin bir belirtisi olarak Esquirol tarafından tanımlanmıştır. Obsesyonu terim olarak ilk kez kullanan 1866 yılında Morel olmuştur (Aslan ve ark.1995). 1871 yılında yayınlanan bir makalede, daha önce Griesinger tarafından bahsedilen ruminasyonlar Wehstphahl tarafından detaylandırılmış, bu yazar, 1878 yılında obsesyonlardan, “kişinin iradesine karşı bilincin önüne geçen fikirler” olarak bahsetmiştir (Insel 1990).

Pierre Janet 20. yüzyılda fobi, obsesyon ve kompülsiyonları “psikastenî” başlığında toplamış, bu kavramın kişide iradede zayıflama nedeni ile ortaya çıktığı fikrini öne sürmüştür. Janet aynı zamanda kompülsiyonları tedavi ederken davranışçı teknikleri kullanmıştır. Sonraki dönemlerde Freud, fobi ve obsesif kompulsif nevrozdaki ruhsal neden ve psikodinamik düzeneklerin farklı olduğunu saptamış ve ayrı rahatsızlıklar olarak tanımlamıştır. Öğrenme kuramları, kalıtsal-nörobiyolojik nedenlere ilişkin gelişmeler de sonraki dönemlerde ortaya çıkmıştır (Öztürk ve Uluşahin 2015).

İlk kez tanı sistemlerine ayrı bir bozukluk olarak 1980 yılında yayınlanan DSM-III ile girmiştir. DSM-IV'te “Anksiyete Bozuklukları” başlığı altında tanımlanmış olup, halen Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-V sınıflandırmasında “OKB ve ilişkili bozukluklar” başlığı ile değerlendirilmektedir (American Psychiatric Association 2013). Bu başlık altında değerlendirilen diğer hastalıklar beden algı bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu, saç yolma bozukluğu, deri yolma bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı OKB ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı takıntı- zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bir takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış takıntı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk yer almaktadır. DSM V'te A tanı kriterinde obsesyonların tanımı yapılırken “zorlayıcı” kelimesi eklenerek

obsesyonların intruziv özellikleri öne çıkarılırken, “uygunsuz” sözcüğü çıkarılmıştır. Obsesyonu tanımlayan 2. ve 4. Maddeler çıkarılmıştır. B tanı kriterinde yer alan “Kişi bunları kendi zihninin ürünü kabul eder” ve “bunlar günlük sorunlarla ilgili aşırı üzüntüler değildir” ibareleri kaldırılmıştır. İç görü ile ilgili yeni bir sınıflama yapılmış ve DSM IV’te “iç görüşü az” ibaresi kullanılırken, DSM V’te “iç görüşü iyi ya da çok iyi”, “iç görüşü kötü”, “iç görüşü yok/delüzyonel düzeyde” şeklinde tanımlama yapılmıştır. OKB’ye “tik ile ilişkili” belirteci konulmuştur (American Psychiatric Association 2001, 2013).

2.3. Epidemiyoloji

Daha önceleri OKB tanısı koymak, sıklığını ve yaygınlığını tespit etmek hastaların hekim başvurularının kısıtlı olması, belirtilerini gizlemesi ya da benimsemesi, yapılan çalışmalarda objektif tanı kriterleri olmaması, obsesif kompulsif belirtilerin yeterince sorgulanmaması gibi sebeplerden dolayı oldukça zordu. Bu dönemlerde OKB görülme sıklığı %0.05-1 olarak değerlendirilmekte olup bu oran gerçek oranından belirgin derecede az olduğu daha sonraki araştırmalarda ortaya konmuştur (Koroğlu 2007).

A.B.D’de 1984 yılında yapılmış ilk toplum temelli çalışma verilerine göre, OKB’nin yaşam boyu yaygınlık oranı %2.5 olarak saptanmıştır. Bu orana göre OKB; majör depresyon, sosyal fobi ve alkol ve madde ile ilişkili bozukluklardan sonra en sık görülen dördüncü psikiyatrik tanı olduğu bildirilmiştir (Rasmussen ve Eisen 1992). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda yaşam boyu ve yıllık yaygınlık oranı kültürel farklılıklara rağmen benzerdir. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Porto Riko, Almanya, Tayvan, Kore ve Yeni Zelanda’yı kapsayan bir çalışmada, tüm psikiyatrik bozukluklarda en düşük yaygınlık oranına sahip olan Tayvan çıkarıldığında (yaşam boyu OKB yaygınlık oranı %0.7), OKB’nin yaşam boyu yaygınlık oranının %1.9- %2.5 oranında olduğu görülmüştür. Bu çalışmada oranlar kadınlarda %0.9-3.4, erkeklerde %0.5-2.5 arasında saptanmıştır (Weissman ve ark. 1994).

Ülkemizde Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 12 aylık süreçte toplumda obsesif kompulsif bozukluk yaygınlık oranları tüm nüfusta %0.5, kadınlarda %0.6, erkeklerde %0.2 olarak saptanmıştır (Kılıç 1998). Bir yıllık yaygınlık oranı ile Konya’da %3, Manisa’da %2.1 , Sivas’ta %3.7 olarak bildirilmiştir (Çilli ve ark. 2004, Deniz F. 2005, Doğan 2011).

Yapılan bazı çalışmalarda, erişkin dönemdeki OKB tanısını alan hastalarda erkek ve kadınların eşit ya da kadınlarda daha yüksek oranda dağılım gösterdiği saptanmıştır (Rasmussen ve Eisen 1992). Çocukluk ve ergenlik dönemindeki OKB hastalarında ise erkeklerin oranı, kadınlardan 1.5-2.5 kat fazladır (Last ve Strauss 1989).

Obsesif kompulsif bozukluk çoğunlukla erken yaşta başlar. Başlangıç yaşı 2 olan vaka bildirimleri mevcuttur (Sadock ve ark. 2016). Başlangıç çoğunlukla 18-25 yaş aralığındadır. Erkek hastalarda belirtiler kadınlar ile karşılaştırıldığında daha erken yaşta başlar. Erkek hastalarda başlangıç ortalama 19, kadın hastalarda ise 22 yaştır.

OKB tanısı olan erişkinlerde yapılan bir çalışmada %30-50 vakanın başlangıcının çocukluk döneminde olduğu, yaklaşık %60 oranında başlangıcın 15 yaşından önce olduğu bildirilmiştir (Rapoport 1990). Bununla birlikte OKB, orta ve ileri yaşlarda da ortaya çıkabilmektedir.

OKB'nin siyah ırkta beyaz ırka göre daha az saptandığı, fakat bu farklılığın sağlık hizmetine ulaşımından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Sadock ve ark. 2016).

OKB tanısı olan 830 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, daha önce evlilik öyküsü olmayan hasta oranı %48 olarak saptanmıştır (Eissen ve Rasmussen 2002). Ülkemizde 147 OKB vakası ile yapılan çalışmada ise bu oran %67 bulunmuştur (Tükel ve ark. 2002). Yapılan bazı çalışmaların sonuçlarına göre OKB tanısı olan kadınlarda evli olma oranı, erkek hastalardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (Bogetto ve ark. 1999). Bekar kişilerin evli olanlara göre OKB belirtilerinden daha çok etkilendiği, ya da OKB tanısı olan hastaların kişiler arası ilişkileri sürdürmede zorlandıkları öne sürülmüştür (Sadock ve ark. 2016).

2.4. Etiyoloji

2.4.1. Psikanalitik Görüş

Obsesif kompulsif bozukluğa yol açan asıl düzenek gerilemedir. Kişi saplanmış olduğu doyum biçimi ya da nesneye geri döner. Ödipal döneme ait olan dürtü ve istekler ciddi çatışmalara yol açar, bundan dolayı anksiyete ortaya çıkar. Ödipal çatışmalar ile baş etmek için savunma düzenekleri kullanılır. Buradaki savunmanın motivasyonel gücü kastrasyon karmaşasıdır. Libidoda bir önceki evre olan anal-sadistik organizasyon evresine gerileme

olur (Freud 1913). Savunma düzenekleri yerini anal sadizme bırakır. Anal erotik dürtüler, sadistik eğilimler ve bunlara karşı olan savunmalar, obsesif kompulsif nevrozda görülen değişmez bulgulardır.

OKB’de obsesyon ve kompulsiyonlardan bazıları bilinçdışı dürtülerin çarpıtılmış ve örtülmüş ifadeleri; bazıları süpergonun dürtülere karşı tehditleriyken, bazılarında da bu ikisi arasındaki çatışma ifade edilir (Fenichel 1945).

Freud’a göre, anal sadistik gelişim dönemindeki çocuğun dürtüsel örgütlenmesi ile, obsesif kompulsif hastalardaki dürtüsel örgütlenme benzerdir. Anal dönemde birbirine zıt dürtüler arasında çatışmalar olur. Kişide aynı anda sevgi ve nefret duyguları hakimdir, davranışlarda ve duygularda “çifte değerlilik” (ambivalans) vardır. Bu dönemde her eyleme başlamada sevgi ve nefret karşıtlığı yaşanır ve bundan dolayı eyleme geçerken tereddüt ve kararsızlıklar ortaya çıkar. Bu dönemde yaşanan, özellikle tuvalet eğitimi esnasında ortaya çıkan sorunlar anal sadistik döneme saplanmaya neden olabilir. Tuvalet eğitimi esnasında, çocuğun çevredeki tepkileri dikkate alarak dürtü doyumundan vazgeçmeyi ve geride bırakmayı öğrenmesi gerekmektedir. Çocuk bu dönemde boşaltım işlevlerinin denetimini kazanmış olup, tutma ve bırakma gibi iki zıt yetiyi kullanabilir durumdadır. Dürtülerinin tatminine engel olunmasına kızarak karşı koyar, bırakma yetisini kullanır ya da cezalandırmadan korkarak tutma yetisini tercih eder. Burada çevredekiler tarafından cezalandırıcı ve suçlayıcı tutumlar gösterilirse, çocukta suçluluk duygusu olur, itaat etme ile öfkelenerek karşı koyma isteği arasında kararsız kalır. Anal dönemdeki olağan olan bu karşıtlık aile, çevre ve toplum ile sürtüşmeye yol açar. Anal dönem, çocuğun egosu ile dürtüleri arasındaki ilişkinin gelişmesinde önemlidir (Topçuoğlu 2003).

Freud’a göre anal karakter özellikleri düzenlilik, inatçılık ve tutumluluktur. Obsesif kompulsif kişide anal dönemdeki dürtülere karşı kullanılan savunma düzenekleri yapma-bozma, yalıtma ve karşıt tepki kurmadır. Obsesif kompulsif belirtilerin özelliklerini ve biçimini de bu savunma düzenekleri belirler (Karamustafalıoğlu 2018).

Kompulsif eylemlerin, dürtüleri denetleme ve anksiyeteyi azaltmayı amaçlayan yapma-bozma savunma düzeneği sonucu ortaya çıktığı öne sürülmüştür. Bastırma savunma mekanizması uygulanamadığı durumlarda, yardımcı olarak devreye girer ve ana rol alır. Yapma bozma savunma düzeneği, eylemlerden birinin diğeriyle bozulduğu, eylemin hiç yapılmamış gibi olmasının sağlandığı iki aşamalı belirtilerden oluşur. Yineleyici

davranışlar ile hem dürtüsel arzular hem de bunlara karşı koyma arzusu doyurulur, birbirine zıt olan iki davranış da yapılmış olur. Kişi, yapma bozma esnasında, benliğin tehlikeli bulunduğu, cinsel veya saldırgan dürtülerin neden olabileceğini düşündüğü zararı ortadan kaldırmak için eylemleri gerçekleştirir. Erişkinlerde ve çocuklardaki birçok törensel davranış bu düzenek ile açıklanabilir. Bazı olayların ortaya çıkmasını ya da tekrarlamasını önlemeye çalışırken, mantık dışı bir biçimde olmamış gibi davranarak kurtulmayı hedefler. Sonuç olarak rahatsız edici obsesif dürtü ya da düşünceler ve bunlardan kaynaklı ortaya çıkacağı düşünülen zarar, yapma bozma düzeneği ile bozulmakta ya da yok sayılmaktadır.

Bastırma savunma mekanizmasının uygulanmadığı durumlarda yalıtma da devreye girebilmektedir. Obsesif kompulsif nevrozlarda bireyi rahatsız eden düşünceler duygulardan yalıtılarak bilinç düzeyine ulaşabilir. Duygusal yükü azalan bu düşünce zayıflar, bilinç düzeyinde kalır, ancak çağrışımlarından ayrılır. Yalıtma düzeneği tam olarak gerçekleştiği zaman dürtünün duygusal bileşeni, düşünsel bileşenden tamamen ayrılarak bilinçdışına itilir. OKB’de kullanılan bir diğer savunma mekanizması karşıt tepki kurmadır. Dürtüsel bir tehlike ile karşı karşıya gelinliğinde, bu tehlikenin sürekli var olduğu düşünülerek, tehlikeye karşı hazırlıklı bir tutum ortaya koyulur (Freud 1986). Ambivalans belirgin olup çatışan iki zıt duygudan birisi yoğunlaşarak abartılı hale gelirken, diğeri kaybolur. Ortadan kaybolan bu duygu ve davranış, bilinç dışında varlığını sürdürmektedir.

2.4.2.Bilişsel-Davranışçı Kuram

Bilişsel davranışçı kurama göre klinik obsesyonların, zorlayıcı düşünceler ile aynı içerikte olduğu ve bu obsesif düşüncelerin, genel popülasyonun %90’ında bulunduğu savunulur. Zorlayıcı düşünceler ile klinik obsesyonlar arasındaki fark, klinik obsesyonların sıklığının ve şiddetinin daha fazla olması, daha uzun sürmesi ve belirgin düzeyde rahatsızlık oluşturmasıdır. Zorlayıcı düşünceler yanlış yorumlama, baş etme ve değerlendirme ile devam edip klinik obsesyona dönüşür ve bunu kaçınma davranışları ve tekrarlamalar takip eder.

OKB etiolojisinde bilişsel model ilk kez Rachman ve deSilbvia tarafından tanımlanmıştır (Rachman ve Hodgson 1988). Benliğe yabancı olan istenmeyen zorlayıcı düşünce, dürtü ve imgeler tanımlanabilen bir dış uyaran ile tetiklenir, kişinin

değerlendirme ve yorumlama şekline göre klinik obsesyona dönüşür ya da dönüşmez. Rachman'ın “anlamın yanlış yorumlanması” kuramında, kişi zorlayıcı düşünce, imge ve dürtülerin anlamını felaketleştirir, tehdit edici olarak değerlendirir, yanlış yorumlar ve bunlardan dolayı kaçınma davranışı geliştirir. Yanlış yorumlamalar azaldığında ya da kaybolduğunda obsesyonlar azalır (Rachman 2003).

Rachman, obsesyonların ortaya çıkmasında “düşünce-eylem kaynaşması” modelinden de bahsetmiştir. Bu modelde obsesyon ortaya çıkmasına eğimli kişilerde, yasak olan eylemi yapmak ile obsesyonel düşüncenin ahlaki değerinin aynı olduğu, obsesyonel düşüncelerin korkulan bir olayın ortaya çıkma olasılığını artırdığı düşünceleri vardır. Düşünce eylem kaynaşması sonucunda suçluluk duyguları ortaya çıkar, obsesyonların ortaya çıkması ve devamı kolaylaşır (Rachman 1993 ve 1998).

Salkovskis “Abartılı Sorumluluk Modeli” ile obsesyonlarda sıkıntı veren temel nedenin zorlayıcı düşüncelerin içeriği olmadığı, abartılmış sorumluluk algısı ile değerlendirmenin olduğunu öne sürmüştür. Zorlayıcı düşünceler başlangıçta duygusal olarak yansızdır. Kişi bu düşüncelere daha önceki düşünce yapısı ya da yaşantısı nedeni ile olumsuz, olumlu, ya da yansız anlam yükler. Obsesif kompulsif bozuklukta bu zorlayıcı düşünceler sorumluluğun arttığını gösterircesine yanlış şekilde yorumlanır, zorlayıcı düşünceler sıkıntı ve anksiyeteye yol açar. Yansızlaştırma ile sorumluluk azaltılmaya çalışılır. İstemli olarak başlatılan yansızlaştırma ile kompulsif davranış ya da ritüeller ortaya çıkar ve kişide rahatlamaya yol açtığı için bunları devam ettirir (Salkovskis 1989). Kişi zorlayıcı düşünce, imge ve dürtüler üzerinde kontrol sağlamak ister fakat bu istek başarısızlıkla sonuçlanır ve sıkıntıyı daha da artırır. Sorumlulukta artma ve sorumlulukların obsesyonları kontrol etmeye çalışarak devam etmesi OKB'ye neden olur (Karamustafalıoğlu 2018). Mowrer, fobi ve obsesyonlar gibi anksiyete sorunlarında klasik ve edimsel koşullanmayı içeren “ İki aşamalı kuram”ı öne sürmüştür(Salkovskis 1996). Korkunun klasik koşullanma ile kazanılıp, edimsel koşullanma ile sürdürüldüğü bu kuramda, obsesyonlar anksiyete uyandıran koşullu uyaran, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi azaltmak için yapılan öğrenilmiş ve anksiyetenin azalması ile pekiştirilmiş davranışlar olarak tanımlanmıştır. İki aşamalı kuram obsesif kompulsif bozuklukta; obsesyonların artmış sıkıntı ve anksiyete ile ortaya çıktığını, hastada kompulsif ritüeller uygulanırsa anksiyete ve sıkıntının azaldığını, geciktirilirse anksiyete ve sıkıntının bir süre sonra azaldığını göstermiştir(Salkovskis 1996).

2.4.3.Biyolojik etkenler

2.4.3.1.Genetik

Aile ve İkiz çalışmaları

OKB hastalarında yapılan kalıtsal çalışmalar ailesel geçişin rol aldığını göstermektedir. OKB ile genetik ilişkisini inceleyen çalışmalar 1930'lu yıllarda başlamıştır (Lenane ve ark. 1990). Çalışmalarda erken başlayan ve tik bozukluğu eşlik eden vakalarda genetik geçişin etkili olduğu bildirilmiştir. Başlangıç yaşının ailesel geçişten bağımsız olduğunu öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (Demet 2005, Kim ve Kim 2006).

Yapılan bir araştırmada OKB tanısı alan çocuk ve adölesanların birinci derece akrabalarında OKB oranı %20-25 olarak bildirilmiş ve ailesel yükün erken başlangıçlı OKB'de fazla olması ile ilişkilendirilmiştir (Lenane ve ark. 1990). Başka bir çalışmada OKB tanısı alan vakaların birinci derece yakınlarında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, 5 kat fazla OKB tanısı alan birey olduğu ve kompulsiyonlara kıyasla obsesyonların daha çok genetik ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (Nestadt ve ark. 2000). Rasmussen ve Tsuang'ın monozigot ikizlerde OKB eş hastalanma oranı %63 olarak belirtilmiştir. Başka bir ikiz çalışmasında eş hastalanma oranı monozigot ikizlerde %87 dizigot ikizlerde %47 olarak bildirilmiştir (Carrey 1981).

Moleküler Genetik Çalışmalar

Ailesel OKB geçiş özelliklerini incelemek amacı ile yapılan 5 segregasyon (ayrışım) çalışmasında ailelerde OKB'nin görülmesinin genetik geçiş ile bağlantılı olduğu saptanmıştır. Bir takım genlerin OKB oluşumunda etkili olduğu, farklı genlerin de etki edebildiği oligogenik bir aktarımın olduğu öne sürülmüştür (Pauls 2008). Segregasyon çalışmalarında OKB'nin otozomal dominant geçiş gösteren tek gen modelini destekleyen veriler de bulunmaktadır. Bu model OKB ile Tourette sendromu arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

OKB veya Tourette sendromu tanısı konulan hastaların yakınlarında; bu hastalıklardan diğerinin tanı konulma oranı genel popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur. çalışmalarda OKB'de baskın olan bir gen bölgesinin olabileceğine, ve bu

gen bölgesinin kadınlarda daha kuvvetli etkiye sahip olabileceğine değinilmiştir (Nestadt ve ark. 2000; Grados ve ark. 2003).

OKB'ye yönelik yapılan gen çalışmalarında patofizyolojide rol aldığı düşünölen nörotransmitterler olan serotonin, domamin ve glutamat ile ilgili genlere değinilmiştir. Serotonerjik 5-HTT gen polimorfizmine yönelik çalışmada, OKB ile SS genotipi arasında ilişki saptanmış olup, LL aleli ilişkisiz bulunmuş, LS genotipinin ise OKB'ye karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir (Billett ve ark. 1997). Bu genom bölgesindeki değışiklikler erken başlangıçlı OKB'de daha fazla olmaktadır (Yüksel 2014). 5-HT1D β reseptör geninin de obsesif kompulsif belirti şiddeti ve gelişimi üzerine etkili olabileceğini düşöndüren bulgular saptanmıştır (Moret ve Briley 2000, Levitan ve ark. 2006).

Dopaminerjik reseptör çalışmalarında, COMT geninde bulunan met 158 aleli OKB ile ilişkilendirilmiştir. COMT geninin OKB ile ilişkisi daha çok erkeklerde ön plana çıkarken (Poyurovsky ve ark. 2005, Denys ve ark. 2006), kadınlarda da ilişkili olduğunu bildiren bir çalışma bulunmaktadır (Alsobrook ve ark. 2002).

Glutamat taşıyıcı gen (SLC1A1) bölgesinde olan değışiklikler ile OKB riskinin arttığı saptanmış, 3' alel bölgesi erkeklerde OKB geçişi ile ilişkilendirilmiştir (Arnold ve ark. 2006). Kromozom 14'te bulunan bu bölge elden çıkaramama ve biriktirme ile bağlantılıdır (Yüksel 2014).

Opioid μ reseptör gen polimorfizmini inceleyen bir çalışmada, tik bozukluğu ek tanısı olan OKB vakalarında ilişki saptanmıştır (Urraca ve ark. 2004).

Yapılan birçok genetik çalışma sonucunda OKB'nin kalıtsal özelliğinin olduğu, fakat kalıtımın niteliğinin yeterince net olmadığı, yapılan segregasyon analizleri sonucunda dominant ve kadınlarda daha baskın bir gen bölgesi ile geçebileceği, hastalığın poligenik olduğunu öne sürölmüştür (Demet 2005).

2.4.3.2.Nöroanatomik Çalışmalar

Ensefalit, menenjit, travmatik beyin hasarları sonrası obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması; sydenham koresi, hungtington hastalığı, tourette sendromu gibi kaudat nukleusun etkilendiği hastalıklarda OKB'nin eşlik etmesi; OKB hastalarında akinezi, hiperkinezi,

hafif tremor, maske yüz gibi hafif nörolojik belirtilerin bulunabilmesi, beyin nöroanatomi ile OKB patogenezi arasında ilişki olduğunu düşündürmektedir.

OKB patogenezine yönelik yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, kortiko-striato-talamik devrenin rolü belirtilmiştir. Bu devre orbitofrontal bölge, talamus, bazal gangliyonlar ve anterior singulat girusu içerir ve subkortikal bölge ile frontal korteksi birbirine bağlar. Frontal korteksten başlayan uyarı, striatuma, substansia nigra-globus pallidusa ve talamusa ulaşır, talamustan frontal kortekse geri döner. Talamus ve korteks uyarıları döngüselidir.

Uyarılar korteksten alınıp talamusa iletilirken bazal gangliyonlarda iki farklı yol izler. OKB’de striatuma gelen uyarıların globuspallidus internadan substansia nigra pars reticulataya ve daha sonra talamusa iletiildiği talamusun uyarılmasını sağlayan doğrudan halka aktivitesi artar; uyarıları striatumdan sonra globuspallidus eksternaya ve daha sonra subtalamik çekirdeğe ileten ve talamusun baskılanmasını sağlayan dolaylı halkanın aktivitesi azalır. Uyarana cevap olarak doğrudan halka sabit, otomatik ve kalıplaşmış davranışları ortaya çıkarır, dolaylı halka ise devam eden davranışı durdurma ve başka davranışa geçilmesini sağlar (Tükel ve ark. 2006). Doğrudan halka uyarımı ile talamus uyarılır, inhibisyon ortadan kalkar; istemli hareketler ortaya çıkar ve istem dışı gelişen hareketler engellenir (Saxena ve Rauch 2000, Işıklı ve Gönül, 2012). Bu yolağın sürekli uyarılması ise uygun olmayan ve tekrarlayan nitelikteki davranışların ortaya çıkmasına neden olur, bilinçli olan bu davranışlar kontrol edilememesinden dolayı patolojik duruma gelir.

Bazal gangliyonlar, korteks ve talamus arasında iletişimi sağlayan orbitofrontal korteks- nükleus kaudatus ventral bölgesi, dorsolateral prefrontal korteks- nükleus caudatus dorsolateral bölgesi, anterior singulat korteks-nükleus akkumbens ve amigdala yollarındaki bozulmalar sonucunda da OKB belirtileri ortaya çıktığı öne sürülmüştür. Bu belirtiler davranışın planlanması, ödül değerlendirme ve hataları belirlemede bozulma şeklinde olup bazal gangliyon aktivitesinde artma sonucunda anormal davranışların meydana geldiği görülmüştür (Karşlıoğlu ve Yüksel 2007, Kalra ve Swedo 2009).

Beyin görüntüleme çalışmaları (manyetik rezonans görüntüleme) incelendiğinde orbitofrontal kortekste hacim artması olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte hacmin azaldığını bildiren çalışmaların daha tutarlı olduğu kanaatine varılmıştır (Szeszko ve ark.

1999, Atmaca ve ark. 2006). Bazal gangliyon hacmine yönelik çalışmalarda da çelişkili bulgular saptanmıştır.

Rotge ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu bir meta analizinde OKB tanısı olan hastalar sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılmış, OKB tanısı olan kişilerde sol anterior singulat korteks ve bilateral orbitofrontal korteks hacmi daha düşük, bilateral talamus hacmi daha büyük saptanırken, gruplar arasında bazal gangliyon hacimleri yönünden anlamlı fark bulunamamıştır.

Talamus hacmindeki artışın obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Rotge ve ark. 2009). Yapılan bir çalışmada, tedavi başlanan OKB hastalarında belirtilerin düzelmesi ile birlikte talamus hacminde azalma saptanmıştır (Gilbert ve ark. 2000).

Pozitron emisyon tomografisi (PET) ve tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) ile yapılan işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında, OKB tanısı olan kişilerde orbitofrontal korteks ve anterior singulat korteks aktivitesinde artma saptanmıştır. Orbitofrontal korteks aktivitesindeki artış ile kişiyi zorlayan ve kişiye rahatsızlık veren düşüncelerin; anterior singulat korteks aktivitesindeki artış ile de bu düşünceler sonucunda oluşan yoğun anksiyetenin meydana geldiği düşünülmektedir (Işıklı ve Gönül 2012). Bazal gangliyon aktivitesi üzerinde yapılan çalışmalarda hastalık şiddeti ile aktivite arasında çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda bazal gangliyonlardaki metabolizma yüksek saptanırken (Saxena ve ark. 2001) düşük olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Rubin ve ark. 1992).

Amigdala aktivitesine ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, bazılarında aktivite artışı, bazılarında ise tam aksine azalmış amigdala yanıtı olduğu gösterilmiştir (Cannistraro ve ark. 2004, Simon ve ark. 2010, Işıklı ve Gönül 2012).

2.4.3.3. Nöromediyatörler

Serotonin

Serotonin merkezi sinir sisteminde önemli rol alan nörotransmitterlerden biridir. Serotonerjik nöronlar, koordinasyon ve düzenleme rolü ile nöral ağda tamamlayıcı görev üstlenmekle birlikte motor, duyuşal ve otonomik fonksiyonlara sahip değildir. Bu nöronlar

duygudurum ve benlik saygısını dengeler, impulsiviteyi baskılar, agresyonu azaltarak sosyal yaşama uyuma olumlu yönde katkı sağlar. Serotonerjik aktivitenin ön beyinde azalması agresyona, labil duyguduruma, irritabilitiye, stres ile başetme yetisinde azalmaya neden olur (Baumgarten ve ark. 1998, Eşel 2000).

OKB patogenezi ile serotonerjik sistem arasındaki ilişki ilk olarak serotonin geri alım inhibitörlerinin hastalık belirtilerini azaltması sonucunda gözlenmiştir (Last ve Strauss 1989). Serotonerjik post-sinaptik 5-HT reseptörlerindeki duyarlılığın artmasına ilişkin çalışmalar yapılmış olup, güncel çalışmalar pre-sinaptik serotonin transporter(5-HTT) reseptörlerine yöneliktir (Swedo ve ark. 1989).

Pre-sinaptik yerleşimli olan 5-HTT, sinaptik terminalden salınan serotoninin sinaptik aralıktan geri alımını sağlar. OKB tanısı olan kişilerde, 5-HTT'nin periferik göstergesi olarak kabul edilen trombositlerdeki 3-H imipramin ve 3-H paroksetin bağlanma bölgeleri sağlıklı kişilere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuş olup fluvoksamin veya klomipramin ile tedavi edildikten sonra 3-H imipramin düzeyinin normal aralığa yükseldiği bildirilmiştir (Bastani ve ark. 1990, Marazziti ve ark. 1997).

OKB tanısı olan kişilerde yapılan çalışmalarda , beyin omurilik sıvısında serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) seviyeleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (Insel ve ark. 1985). Yapılan bir başka BOS çalışmasında ise klomipramin ile tedavi alan hastalarda BOS 5-HIAA seviyelerinde azalma görüldüğü ve bu azalmanın kişilerde görülen OKB belirtilerinde azalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Altemus ve ark. 1992). BOS'da 5-HIAA seviyesi yönünden OKB'li hastalar ve kontrol grubu arasında fark bulamayan çalışmalar da vardır (Thoren ve ark. 1980).

OKB'li hastalarda 5-HT1A , 5-HT2C ve 5-HT1D reseptörlerine bağlanımı yüksek olan serotonin agonisti metaklorofenilpiperazin (mCPP) ile yapılan çalışmalardan 4 tanesinde obsesif-kompulsif bozukluk semptomları artarken, 2 çalışmada ise değişiklik saptanmadığı görülmüştür (Zohar ve ark. 2004). 5-HT1A agonisti ipsapiron ile 5-HT1A ve 5-HT2C reseptörlerine yüksek afinite ile bağlanan MK-212 (Bastani ve ark. 1990), OKB tanısı olan hastalara ve sağlıklı kişilere verildiğinde semptomların şiddeti üzerine etki etmediği görülmüştür (Lesch ve ark 1991). Yapılan bu çalışmalar neticesinde OKB etyolojisinde rol alan reseptörün 5-HT1D olduğu öne sürülmüş, bu reseptörün agonisti olan

sumatriptanın verilmesi ile hastalık belirtilerinde artma bu öngörüü desteklemiştir (Stern ve ark. 1998, Koran ve ark. 2001).

5-HT1D reseptörü presinaptik ve postsinaptik yerleşim gösterir. Bu yerleşim özellikleri, 5HT1D reseptörlerinin obsesif kompulsif belirtiler üzerinde etkili olduğu görüşlerini desteklemiştir. Presinaptik yerleşimli olan reseptör, otoreseptör özelliğinde olup, OKB patogenezinde rol oynadığı düşünülen prefrontal korteks ve bazal ganglionlarda yoğun yerleşim göstermekte ve OKB tanısı olan kişilerde aşırı duyarlılık göstermektedir (Zohar ve ark. 2004). 5-HT1D reseptörü diğer serotonin reseptörleri ile karşılaştırıldığında uyarana yanıt için daha uzun bir süreye ve daha yüksek nörotransmitter düzeyine gereksinim duyar. Bu farklılık da OKB’de yapılan medikal tedavilerde neden daha uzun süre ve daha yüksek doz gerekir sorusunun cevabını vermektedir (Tükel ve ark. 2006).

OKB’deki önemine rağmen patogenezi sadece serotonin üzerinden açıklamaya çalışmak yeterli olmamaktadır. Hastaların %40’ından fazlasında (Hollander ve ark. 2000) selektif serotonin geri alım inhibitörlerine (SSGİ) yeterli yanıt alınamamış olması OKB patogenezinde serotonin dışında da etkenlerin olduğunu göstermektedir (Karşlıoğlu ve Yüksel 2007).

Dopamin

OKB oluş patogenezinde dopaminin rol alabileceğini düşündüren bulgulardan bazıları; bazal gangliyonu etkileyen hastalıklarda obsesif kompulsif belirtilerin gözlenmesi, serotonerjik ilaçlara yeterli düzeyde yanıt vermeyen hastalarda antipsikotiklerin tedaviye verilen yanıtı artırması ve yüksek dozda psikostimülan kullanımı durumunda artan obsesif kompulsif belirtilerin görülmesidir. OKB’de dopamin etkinliğine yönelik yapılan bir hayvan çalışmasında, seçici D2/3 reseptör agonisti olan quinpirol’un uzun süre uygulandığı sıçanlarda kontrol davranışına benzeyen bir takım ritüelistik davranışlar görülmüş, bu hayvanların post-mortem incelenmesinde sağ prefrontal korteks ve nucleus akumbenste dopamin düzeylerinin artmış olduğu görülmüştür (Sullivan ve ar. 1998, Ben-Pazi ve ark. 2001, Szechtman ve ark. 2001).

Yapılan BOS ve plazma çalışmalarında dopamin yıkım ürünü olan homovalinik asit (HVA) düzeyinin OKB tanısı olan hastalar ve sağlıklı kişiler arasında farklı olmadığını; klomipramin ile tedavi öncesi ve sonrası düzey farkının olmadığını (Thoren ve ark. 1980,

Benkelfat ve ark. 1991, Swedo ve ark. 1992) bildiren çalışmalar olmakla birlikte Hollander ve arkadaşlarının (1992) yapmış olduğu başka bir çalışmada OKB tanılı kişilerde BOS HVA ve dopamin seviyelerinde farklılıklar olduğu gözlenmiştir.

OKB tedavisinde antipsikotik kullanımı tek başına klinik olarak anlamlı düzelleme sağlamamakla birlikte dirençli OKB'lerde uygulanan SSGİ tedavisine ek olarak verildiğinde klinik yanıtı artırdığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Karslıoğlu ve Yüksel 2007). Buna karşın psikotik hastalara verilen antipsikotiklere bağlı olarak obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıktığı vakalar da bildirilmiştir. Bu hastalarda, obsesif kompulsif belirtilerin oluşmasında 5-HT_{2A} antagonizması sonucu dopaminerjik nöronlarda aktivite artışı sorumlu tutulurken; klinik düzelmeyen, D₂ reseptör antagonizması sonucu dopaminerjik nöronların inhibe olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (Kalra ve Swedo 2009). Dopaminin OKB etyopatogenezi üzerine etkisi araştırmak için yapılan çalışmalarda fikir birliği sağlanamasa da dopaminerjik yolların obsesif ve kompulsif belirtiler üzerine etkisinin olabileceği düşünülmektedir (Işıklı ve Gönül 2012).

Glutamat

Glutamat beyinde temel eksitator nörotransmitter olarak görev yapmaktadır. Glutamatın iyonotrop ve metabotrop reseptörleri bulunmaktadır. Merkezi sinir sisteminde strese karşı verilen yanıtı esas olarak glutaminerjik yollar düzenler. KTSK döngüsünde glutaminerjik sinapslarda olan disfonksiyonun OKB etyolojisinde rol aldığı öne sürülmüştür. Bu döngüde yer alan yollar arasında kortiko-striatal ve talamo-kortikal yollar glutamaterjiktir (Ting ve Feng 2008). Glutamatın kortiko-striatal yolda ve nucleus kaudatusa serotonin salınımını azaltarak etki ettiği, serotonerjik nöronların da glutamat salınımı üzerine etkili olduğu bilinmektedir. Glutamat ve serotonin arasındaki ilişkinin OKB'de bozulduğu öne sürülmüştür (Rosenberg ve Keshavan 1998).

Glutamat modülatörü olan riluzolün, tedaviye yanıt vermeyen ağır düzeyde OKB'si olan hastalarda SSGİ tedavisine eklenmesi sonucunda yanıt alındığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Pittenger ve ark. 2008). NMDA antagonisti olan memantin ve ketaminin OKB'de etkin olduğunu bildirilmiştir (Feusner ve ark. 2009, Stewart ve ark. 2010). N-acetylsistein (NAC) antioksidan özelliğe sahip, aynı zamanda glutamat modülatörü olan bir

aminoasittir. NAC'ın OKB güçlendirme tedavisinde kullanımı sonucunda olumlu yanıt verdiğini bildiren çalışmalar vardır (Afshar ve ark. 2012, Van Ameringen ve ark. 2013).

GABA

GABA merkezi sinir sisteminde inhibitör nörotransmitter olarak görev yapmaktadır. Kortekste yer alan glutamaterjik nöronların düzenlenmesinde de rolü vardır (Gonzalez-Burgos ve Lewis 2008). OKB'de kortekste yer alan inhibitör yolaklarda bir takım değişikliklerin olduğu görülmüş ve OKB ile GABA yolları arasında ilişki olabileceği düşünülmüştür (Greenberg ve ark. 2000, Rosenberg ve ark. 2001, Richter ve ark. 2012).

OKB tanısı olan hastalarda medial prefrontal kortekste GABA miktarının sağlıklı kişilere göre düşük olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır (Simpson ve ark. 2012). Bu kişilerde benzodiazepin reseptör duyarlılıklarında azalma görülmüştür (Yüksel 2014).

2.4.3.4. Nöroimmünoloji

Çocukluk döneminde başlayan OKB ve tik bozukluğu patogenezinde son yıllarda otoimmüniteye değinilmiştir. A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonucu oluşan antikorlar, bazı hastalarda bazal gangliyonlarda bulunan doku antijenleri ile etkileşerek kortiko-striatal yolda bozulmaya ve obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasına yol açan otoimmün reaksiyon gösterirler. Çocukluk döneminde görülen OKB ve tik bozuklarının eşlik ettiği bu tablo "streptokoklar ile ilişkili pediatrik nöropsikiyatrik bozukluklar" (PANDAS) olarak adlandırılmıştır (Swedo ve ark. 1991, Kiessling ve ark. 1993, Singer ve ark. 1998). Çocukluk döneminde OKB tanısı alan vakalarda anti-streptokok antikor (ASA) %43 oranında saptanmış olup bu oranın kontrol grubunda %20 olduğu bildirilmiştir. Streptokokal enfeksiyonların etyolojide rol alan çevresel bir faktör olabileceği gibi OKB'nin otoimmün başlangıçlı bir alt tipi de olabileceği düşünülmektedir (Yüksel 2014).

OKB semptomlarının streoid veya antibiyoterapi ile azalması OKB etyopatogenezinde immünitenin rol aldığını düşündürmektedir (Allen ve ark. 1995). OKB tanısı olan kişilerde plazma sitokin düzeylerine yönelik yapılan çalışmalarda TNF-alfa

etkinliğinde azalma bildirilmiş olup üzerinde durulan diğer bir sitokin olan IL-6 ile ilgili net bir kanaate varılamamıştır (Denys ve ark. 2004).

2.5. Tanı Kriterleri:

DSM-5 'e göre OKB için tanı ölçütleri şu şekildedir (American Psychiatric Association 2013):

A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1). Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler zorlantı ya da imgeler.

(2). Kişi bu düşüncelere, zorlantı ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle nötralize etmeye (bir kompulsiyonu yerine getirerek) çalışır.

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

(1).Kişinin obsesyonuna tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği tekrarlayan davranışlar (örneğin; el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

(2). Davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, nötralize edeceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı düzeydedir. Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilir.

B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır (örn. günde 1 saatten çok zamanını alırlar) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Obsesif kompulsif belirtileri, bir maddenin(kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir tıbbi durumun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz(örn. Yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı endişeler; beden dismorfik bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; istifleme bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide(saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saç yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma, basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel dürtüler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; majör depresyon bozukluklarında olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar, şizofreni spektrumu ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulmasıya da sanısal uğraşlar ya da otizm spektrumu bozukluklarda olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif kompulsif bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır. İçgörüsü kötü: Kişi, obsesif kompulsif bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanısal inanışlar: Kişi, obsesif kompulsif bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

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

ICD-10' a göre OKB tanı ölçütleri şu şekildedir (Öztürk ve Uluğ 1992):

Obsesyonel belirtiler veya kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste 2 hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

a. Bunlar, kişinin düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.

b. Bu düşünceler ya da hareketlerden en az birine karşı, kişi, direnç gösteriyor olmalıdır.

Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler veya hareketler bulunabilir.

c. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur.)

d. Düşünceler, imgeler ve dürtüler, rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

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

F42.0 Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip

F42.1 Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip

F42.2 Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip

F42.8 Başka obsesif kompulsif bozukluklar

F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

2.6. Ek tanı

Obsesif kompulsif bozuklukta, klinik tabloya çoğunlukla başka psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği gözlemlenmiştir. OKB tanısı olan vakaların psikiyatri başvurularında %48-68 oranında ek psikiyatrik hastalık tanısı olduğu, bu oranının yaşam boyu %86-92'ye kadar yükseldiği saptanmıştır (Tamam ve ark. 2003, Uğuz ve ark. 2006). Ek tanıları hastalık seyrini ve tedaviye verilen yanıt üzerinden prognozu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Jakubovski ve ark. 2012).

OKB tanısı olan hastalarda en sık görülen ek psikiyatrik bozukluk majör depresyondur (Viswanath ve ark. 2012). OKB'li hastalarda ek tanı oranı majör depresyon için %65, anksiyete bozuklukları için ise %40-%60 olarak bildirilmektedir. Depresyonun, hastaların %85 kadarında OKB'ye ikincil olarak geliştiği bildirilmiştir (Demal ve ark. 1993).

Depresyon ile birlikte olan OKB hastalarında saldırganlık obsesyonlarının daha fazla eşlik ettiği, intihar girişimi oranı, hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu öne sürülmektedir (Perugi ve ark. 1997).

Bir epidemiyolojik çalışmada OKB tanısı olan hastalarda yaşam boyu ek tanı olarak fobik bozukluk görülme oranı %46.5, panik bozukluk görülme oranı ise %13.8 olarak bildirilmiştir (Karno ve ark. 1988).

OKB tanısı olan 115 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %36,5'inde unipolar depresyon , %6.1'inde bipolar bozukluk ek tanıları saptanmıştır. Bipolar bozukluğu olan

bu hastalarda manik epizod oranları hipomanik epizoda göre daha yüksek saptanmıştır (Tükel ve ark. 2006). Bipolar bozukluk ve OKB yaşam boyu birliktelik oranı klinik çalışmalarda %10-35, epidemiyolojik çalışmalarda ise %7 -21 olarak saptanmıştır (Kruger ve ark. 1995).

Bipolar bozukluğun eşlik ettiği OKB tanısı olan hastalarla ilgili yapılan iki çalışmada OKB'nin epizodik form oranı %42 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç ile epizodik seyirli OKB hastalarında bipolar bozukluk eştanısı oranının yüksekliğine vurgu yapılmıştır (Perugi ve ark. 1997, Tükel ve ark. 2006).

A.B.D.' de yapılan bir epidemiyolojik çalışmada OKB tanılı hastalarda ek tanı olarak görülen şizofreni oranı %12.2, şizofreniform bozukluk oranı %1.2 olarak saptanmıştır (Karno ve ark. 1988). Şizofreninin ek tanı olarak görüldüğü hastalarda şizofreni tanısının OKB'den daha önce başladığı bildirilmiştir. Şizofreni ek tanısının olmadığı OKB hastalarında da zaman zaman psikotik belirtiler görülebildiği gibi şizofreninin prodromal döneminde obsesif kompulsif belirtiler görülebilir. Psikotik belirtiler gösteren OKB hastalarının prognozu bu belirtilerin görülmediği OKB hastalarına göre daha kötü seyretmektedir (Bloch ve ark. 2008).

OKB ile yakın ek tanı ilişkisi bilinen bir başka hastalık Tourette sendromudur. Bu sendromunun OKB hastalarında yaşam boyu yaygınlığı %5-10, Tourette sendromu olan hastalarda ise OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %30-40 olarak saptanmıştır (Leckman ve ark.1994). Tourette sendromu olan OKB hastalarında; saldırganlık obsesyonları, biriktirme ve sayma kompulsiyonları, cinsel ve dini obsesyonlar ile bunlara ikincil gelişen kompulsiyonlar, sadece OKB tanısı olan hastalarla kıyaslandığında daha sık görülmektedir (Shavitt ve ark. 2006, Swedo ve ark. 1989).

OKB tanısı olan hastalarda %9 ile %75 arasında değişen oranlarda kişilik bozuklukları görülürken, bu oran çoğu çalışmada %40-60 aralığında bildirilmiştir. En sık eşlik eden kişilik bozuklukları ise çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarını içeren C kümesidir (Tamam ve ark. 2003). Ülkemizde yürütülen bir başka çalışmada ise eksen II tanılarında en sık eşlik edenleri %28 oranında obsesif kompulsif , %12 oranında çekingen ve %12 oranında pasif agresif kişilik bozuklukları olarak bildirilmiştir (Uğuz ve ark 2006).

2.7. OKB ve Cinsiyet

Goodwin ve arkadaşları (1969) tarafından OKB'nin doğal seyrini sürekli ve kronik, tam remisyon dönemleri ile seyreden fazik ve tamamlanmamış remisyon dönemleri ile seyreden epizodik form olarak üç kategoriye ayrılabilceği öne sürülmüştür. OKB semptomlarındaki dalgalanmalarda stresli yaşam olaylarının yanı sıra (Rasmussen ve Eisen 1991), özellikle kadınlarda gonadal steroidlerde ani değışimlerin de rol oynayabileceği öne sürülmüştür (Buttolph ve Holland, 1990). Kadınlarda hormonal değışikliklerin eşlik ettiği reproduktif döngü, OKB'nin başlaması ve alevlenmesi riskini artırabilmektedir (Guglielmi ve ark. 2014). Örneğin, kadınlardaki temel reproduktif döngülerden birisi olan premenstrüel dönemde, OKB belirtilerinin hastaların %20-42'sinde alevlendiği gösterilmiştir (Williams ve Koran 1997, Labad ve ark. 2005).

Kadınlarda ölçülen östrojen seviyeleri fizyolojik süreçlere bağlı olarak değışiklik gösterir. Adölesan dönemde yükselmeye başlar, gebelik sürecinde en yüksek düzeye ulaşır. Östrojen düzeyindeki yükseklik, reproduktif dönem boyunca devam edip menoz ile birlikte düşmeye başlar. Kadınlarda görülen östrojen düzeyindeki bu değışikliklerin anksiyete bozuklukları ve depresyon görölme sıklığının yaşamın belli dönemlerinde erkeklere göre fazla olmasına neden olabileceği (Stahl 2003), bunda da östrojenin serotonerjik sistem üzerinde önemli etkilere sahip olmasının rol oynayabileceği öne sürülmüştür (McEwen 2002).

OKB başlamasında ve alevlenmede rol oynadığı öne sürülen başka bir hormon ise oksitosindir. Oksitosinin beyin omurilik sıvısı (BOS) seviyeleri, gebeliğin üçüncü trimesterinde ve erken puerperiumda yükselmektedir (Leckman ve ark. 1994). Hayvan çalışmalarında ergenlik döneminde kadın beynindeki oksitosin mRNA'sında bir artış gözlenmiştir (Miller ve ark. 1989). Leckman ve arkadaşlarının (1994) yapmış olduğu başka bir çalışmada tik bozukluğunun eşlik etmediği OKB hastalarında oksitosin BOS seviyesinin artmış olduğunu saptamıştır.

Erkek hastalarda başlangıç yaşının kadınlara göre daha erken olduğu (Rasmussen ve Eisen 1992, Tükel ve ark. 2004) ve çocukluk çağında OKB'nin erkeklerde kadınlara göre daha yaygın olduğu saptanmıştır (Last ve Strauss 1989). Bu da kadınlardaki hormonal değışikliklerin OKB'nin yetişkinlik yaşlarında erkeklere göre daha yaygın olmasında rolünün olabileceğini desteklemektedir. Nitekim, kadınlara özgü olan gebelik,

dönem, menopoz ve menstrüel evreler ile OKB'nin klinik özellikleri ve seyri arasındaki ilişkinin olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Uğuz 2017).

Obsesyon ve kompulsiyonların dağılımları da cinsiyetler arasında farklı olabilmektedir. Kadınlarda en sık bulaş/kirlenme obsesyonu ve yıkama/temizleme kompulsiyonu görülürken (Noshirvani ve ark. 1991, Lensi ve ark. 1996, Tükel ve ark. 2004), erkeklerde saldırganlık, cinsel obsesyonları ve kontrol etme kompulsiyonları en sık görülmektedir (Bogetto ve ark. 1999, Tükel ve ark. 2004). Kadınlarda OKB'de içgörünün erkeklere göre daha iyi olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Türksoy ve ark. 2002, Tükel ve ark. 2004). Bir çalışmada, şizofreni ve sosyal fobi ek tanısının erkeklerde daha fazla olduğu bildirilmiştir (Tükel ve ark. 2004). Erkeklerde madde bağımlılığı, depersonalizasyon bozukluğu, sosyal fobi ve hipomani, kadınlarda ise yeme bozukluğu ve dürtü kontrol bozukluğu ek tanılarının daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Bogetto ve ark. 1999).

2.8. OKB ve Gebelik

Gebelik döneminde OKB yaygınlığı çoğu çalışmada %1-3 olarak bildirilmiştir (Anderson ve ark.2003 ve 2006, Sutter Dallah ve ark 2004, Borri ve ark. 2008). Russel ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu bir metaanalizde bu oran %2.07 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde Uğuz ve arkadaşları (2007a), gebelik döneminde OKB yaygınlığının %3.5 olduğunu ve gebelik başlangıçlı olanlarda belirtilerin çoğunlukla ikinci veya üçüncü trimesterde ortaya çıktığını bildirmiştir. Genel toplumda OKB'nin kadınlardaki yaygınlığının %0,1-1,5 oranında olduğu göz önünde bulundurulduğunda, gebeliğin OKB gelişiminde riskli olduğu çıkarımı yapılabilir (Karno ve ark. 1988, Bijl ve ark. 1998, Vicente ve ark. 2004). Bir metaanalizde gebelikte OKB riskinin 1,45 kat artmış olduğu bildirilmiştir (Russel ve ark., 2013). Gebelik döneminde tanı kriterlerini karşılayamayan obsesif kompulsif semptomlar ise hastaların %10-25'inde görülmektedir (Brockington ve ark. 2006, Faisal-Cury ve ark. 2009).

Vaka bildirimleri ve retrospektif çalışmaların bulgularına göre kadınların %50-80'inde OKB'nin ilk kez gebelik döneminde geliştiği bildirilmiştir (Sichel ve ark. 1993, Kalra ve ark 2005, Labad ve ark. 2005, Uğuz ve ark. 2007a). OKB tanısı alan gebeler ile sağlıklı gebeler arasında gebelik komplikasyonları, düşük öyküsü, sosyodemografik özellikler, canlı doğum sayısı ve gebelik nedeni ile ortaya çıkan komplikasyonlarda

farklılık olmadığı, OKB tanısı olan gebelerde aile öyküsünün daha fazla olduğu bildirilmiştir (Uğuz ve ark. 2007a). Kaya ve arkadaşları (2015) çalışma öyküsü, eğitim, gebelik planlaması ve sayısı, çocuk sayısı, düşük öyküsünün gebelikte ortaya çıkan OKB ile ilişkili olmadığı, gebelik başlangıcında anksiyete bozukluğu öyküsü, sigara kullanımı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun ise bağımsız risk faktörü olduğunu öne sürmüştür.

OKB'nin perinatal dönemde ortaya çıkması ve seyrinde değişikliklerin olmasının altında yatan patogeneze ilişkin yeterli çalışma bulunmamakla birlikte, kadınlarda ortaya çıkan gonadal hormon değişikliklere ikincil serotonin ve dopamin disregülasyonunun rol oynayabileceği düşünülmektedir (Labad ve ark. 2005, Uğuz ve ark. 2007b).

Ülkemizde Kaya ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, gebelik ile ilişkisiz ve gebelik başlangıçlı OKB'de klinik özellikler arasında belirgin farklılık olmadığı ve gebelik döneminde başlayan OKB tanısı olan kadınların yarısından çoğunda eşlik eden anksiyete ve duygudurum bozukluğu olduğu saptanmıştır. Eşlik eden bu psikiyatrik bozuklukların gebelik döneminde OKB seyrini olumsuz yönde etkileyebileceği öne sürülmüştür (Uğuz ve ark. 2011). Premenstrüel dönemde OKB belirtilerindeki artışın, perinatal dönemde obsesif kompulsif semptomlarda artmış alevlenme riskini yordayacağı yönünde bulgular vardır (Labad ve ark. 2005, Forray ve ark. 2010). Gebelik öncesi dönemde OKB tanısı olan hastaların yaklaşık %70 kadarında, gebelik döneminde obsesif kompulsif belirti türlerinde farklılık saptanmamıştır (Uğuz ve ark. 2007a). Hastaların %8-46'sında gebelik döneminde obsesif kompulsif belirtilerin şiddetlendiği, %10-23'ünde belirtilerin azaldığı, %31-69'unda ise belirtilerin değişmediği bildirilmiştir (Williams ve Koran 1997, Labad ve ark. 2005, Uğuz ve ark. 2007a).

2.9. OKB ve Postpartum dönem

Postpartum dönemde OKB yaygınlık oranı ile ilgili yapılan çalışmalarda bu oran % 0,7-9,0 olarak saptanmakla birlikte, yapılan çalışmalardaki uç değerler hariç tutulduğunda çoğunlukla %2-3,5 olarak bildirilmiştir (Wenzel ve ark. 2001 ve 2005, Anderson ve ark. 2006, Navarro ve ark. 2008, Zambaldi ve ark. 2009, Russel ve ark. 2013). Russel ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu bir çalışmanın meta-analizinde ise bu oran %2.43 olarak verilmektedir. Wenzel ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu bir çalışmada, subklinik OKB yaygınlığının %5,4 olduğu bildirilmiştir. Postpartum dönemdeki obsesif kompulsif belirti yaygınlığı ise % 14-63,5 (Wenzel ve ark. 2001, Brockington ve ark. 2006,

Zambaldi ve ark. 2009). Russel ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu bir çalışmada döneme OKB riskinin 2.38 kat arttığı bildirilmiştir. Kadınlarda postpartum dönemdeki OKB yaygınlığının, genel popülasyondaki yaygınlık oranından daha yüksek saptanması, bu dönemin OKB gelişimi açısından riskli olabileceğini düşündürmektedir (Karno ve ark. 1988, Vicente ve ark. 2004). Yapılan bazı çalışmalarda bu dönemde kadınların %80-90'ında intruziv düşüncelerin olduğu ve bunların ilerleyen dönemde OKB gelişmesine neden olabileceği öne sürülmüştür (Abramowitz ve ark. 2006 ve 2010).

Çalışmalarda postpartum başlangıçlı OKB'nin hastaların %75-100'ünde ilk doğumdan sonra ve çoğunluğunda doğumdan sonraki ilk dört haftada ortaya çıktığı bildirilmiştir (Maina ve ark. 1999, Sichel ve ark. 1993b, Labad ve ark. 2005, Uğuz ve ark. 2007b).

Uğuz ve arkadaşlarının (2007b) ülkemizde yapmış olduğu bir çalışmada OKB sıklığı postpartum dönemde primiparlarda %6,6, multiparlarda ise %1,8 olarak saptanmıştır. Bu veri göz önüne bulundurulduğunda primiparitenin risk faktörü olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Ancak aralarındaki ilişki henüz tam ortaya konulabilmiş değildir. Çalışmalarda sosyodemografik özellikler, doğum öncesinde doğum sırasında veya doğumdan sonra oluşan komplikasyonlar ile postpartum başlangıçlı OKB arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Labad ve ark. 2005, Uğuz ve ark. 2007b). Postpartum OKB ile geçirilmiş depresyon öyküsünün ilişkili olabileceğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Labad ve ark. 2005). Postpartum OKB tanısı alan kadınlarda eksen II ek tanıları arasında en sık görülenleri obsesif kompulsif ve çekingen kişilik bozukluklarıdır (Uğuz ve ark. 2007b).

Postpartum başlayan OKB, ani başlangıç göstermesi ile diğer dönemlerde başlayan OKB'den farklılık gösterir (Abramowitz ve ark. 2003). Postpartum OKB hastalarının büyük kısmında obsesyonlar ve kompulsiyonlar birlikte görülür (Zambaldi ve ark. 2009). Daha önceden saldırganlık obsesyonları en sık belirti olarak bildirilse de yapılan güncel çalışmalar en sık görülen obsesyonun bulaş (%67-78) ve saldırganlık (%21-78) olduğunu bildirmiştir (Maina ve ark. 1999, Arnold 1999). Saldırganlık obsesyonları postpartum OKB'de sıklık ve içerik olarak farklılık göstermektedir. Bu dönemde saldırganlık obsesyonlarının 9 kat daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (Zambaldi ve ark. 2009). Saldırganlık obsesyonlarının içeriği araştırıldığında ise sıklıkla suda boğma, bıçak ile zarar verme, aşağı atma, üzerine sıcak su dökme vb. gibi yenidoğan ile ilişkili

olduğu bildirilmiştir (Sichel ve ark. 1993, Arnold ve ark. 1999, Abramowitz ve ark. 2006, Zambaldi ve ark. 2009). Her ne kadar postpartum OKB’de saldırganlık obsesyonları daha sık görülse de bu döneme özgü değildir. Kadınların çoğu bu dönemde bebeğe zarar verme ile ilişkili intruziv düşüncelere sahip olup bunları rahatlatmak için bazı davranışlar sergilerler (Abramowits ve ark. 2006, Fairbrother ve Woody 2008, Abramowitz ve ark. 2010). Postpartum OKB'ye benzer şekilde, postpartum depresyon hastalarında da saldırganlık obsesyonlarının diğer depresyon hastalarına göre daha sık gözlendiği ve içeriğinin en çok bebeğe zarar verici düşünceler ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Wisner ve ark. 1997). Saldırganlık obsesyonları kadar sık olmasa da bebeğe pislik bulaşacağı ve bebeği hastalandıracağı vb. gibi bebekle ilgili bulaş obsesyonları da görülmektedir (Hertzberg ve ark. 1997, Wenzel ve ark. 2001, Labad ve ark. 2005, Zambaldi ve ark. 2009).

Bu dönemde görülen kompulsiyonlar arasında en sık olanları yıkama/temizleme (%58-72) ve kontrol etme (%50-69)'dir. Obsesyonlar kadar sık olmasa da kompulsif davranışlar da yenidoğan odaklı olabilmektedir. Postpartum OKB hastalarının hemen tamamı içgörü oranları yüksek olarak tespit edilmiş olup psikotik özelliklere sahip değildirler (Sichel ve ark. 1993, Uğuz ve ark. 2007b).

Obsesif kompulsif semptomların postpartum dönemde %6-10 oranında azaldığı gözlenmekle birlikte, klinik belirtilerin şiddeti kadınların yaklaşık yarısında artış göstermektedir (Labad ve ark. 2005 ve 2010, Vulink ve ark. 2006, Uguz ve ark. 2007a, Forray ve ark. 2010, Uguz ve ark. 2011, Guglielmi ve ark. 2014). Labad ve arkadaşları (2010), puerperal dönemin kadınlarda OKB semptomlarının kötüleşmesine karşı en savunmasız olduğu reproduktif dönem olduğunu ileri sürmüştür. Uğuz ve arkadaşlarının (2007c) ülkemizde yapmış olduğu küçük örnekleme sahip prospektif çalışmada obsesif kompulsif belirtilerin postpartum dönemde sadece %6.2'sinde arttığı, vakaların yarısında ölçek puanlarında %25 ve daha fazla düşme olduğu, tedavi edilmemesine rağmen belirtilerin anlamlı düzeyde azaldığı bildirilmiştir. Postpartum gelişen OKB'ye tedavi başlanmaması durumunda 1 yıl sonraki değerlendirmede vakaların %88,9'unda belirtilerin devam ettiği gözlenmiştir (Uguz ve ark. 2008).

Güncel bir çalışmada obsesif kompulsif semptomların şiddeti gebelik ve postpartum dönemde farklılık göstermediği bildirilmiştir (House ve ark. 2016). OKB belirtilerinde postpartum dönemde veya ilk gebelikte artış saptanan vakalarda, bu

belirtilerin sonraki gebelikte 11 kat, postpartum dönemde ise 7 kat artma riski olduğu bildirilmiştir (Guglielmi ve ark. 2014). Doğum yaşının genç olması ve doğum şeklinin sezaryan olması postpartum dönemde semptomların şiddetini artırdığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (House ve ark. 2016).

Çalışmalarda postpartum dönemde OKB tanısı olan hastaların %43'ünde en az bir ek tanı olduğu %25-39'unda ise depresyonun eşlik ettiği bildirilmiştir (Wenzel ve ark. 2001 ve 2005, Navarro ve ark. 2008, Zambaldi ve ark. 2009). Depresyon OKB ile aynı zamanda ya da OKB'den 2-3 hafta sonra görülmektedir (Sichel ve ark. 1993, Arnold ve ark. 1999).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde doğum nedeni ile yatan kadınlar arasında yürütülmüştür. Örneklem, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan kadınlar arasında SCID/CV(Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version) ile yapılan psikiyatrik görüşme sırasında DSM-IV tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konan 37 hastayı içermektedir. Çalışmaya alınma ölçütleri; gönüllü olmak, 18-45 yaşında olmak ve doğum üzerinden 24 saatten fazla süre geçmemek idi. Dışlama ölçütleri; annede ek medikal hastalık, mental retardasyon, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar öyküsü varlığı, çoğul gebelik, ciddi gebelik komplikasyonu (plasenta previa preeklampsi vb.), kortikosteroid ve psikotrop ilaç kullanımı, alkol ve madde kullanım öyküsü ve gebelikte yakın zamanda geçirilmiş ciddi enfeksiyon olması olarak belirlenmiştir.

3.2. Yöntem ve değerlendirme araçları

Çalışma ölçütlerini karşılayan kadınların sosyodemografik özelliklerini içeren hasta bilgi formuna bilgiler kaydedildikten sonra, doğum sonrası 24 saat içerisinde SCID/CV aracılığıyla yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Hastalara aynı gün ayrıca Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, TEMPS-A Mizaç Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve Algılanmış Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Düşük doğum ağırlığı 2500 gram ve altında doğum, erken doğum ise 37 haftanın altında doğum olarak tanımlandı (Uğuz ve ark. 2018). Hastalar ile doğum sonrası 6-8 hafta sonrasında ikinci bir psikiyatrik görüşme yapılmış ve bu görüşmede sadece hastalara Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği uygulanmıştır.

3.2.1. Hasta bilgi formu

Araştırmaya dahil edilen kadınların yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, ekonomik durum, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, abortus öyküsü, doğum haftası, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, bebeğin kilosu ve doğum sonrası komplikasyonu olup olmadığı, OKB'un başlangıç dönemi ve toplam süresi, doğum önceki dönemde seyri, gebelikte

başlamış ise başlama haftası, psikiyatrik ek tanı olup olmadığı, aile öyküsü ve doğum sonrası OKB seyri ile ilgili verileri kaydettiğimiz tarafımızca hazırlanmış formdur (Ek 1).

3.2.2. SCID-I / CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version)

Görüşmeci tarafından uygulanan, eksen I ruhsal bozuklukların tanısını DSM-IV'e göre araştıran yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (First ve ark. 1997). Sosyodemografik veri formu ile başlayan bu ölçek duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları modüllerinden oluşmakta olup, 38 ruhsal bozukluğu tanı ölçütleri ile, 10 ruhsal bozukluğu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Türkçeye uyarlanmış olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Özkürkçügil ve ark. 1999).

3.2.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOCS)

Obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini ölçmek amacı ile Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen, değerlendirmesinin klinisyen tarafından yapıldığı, yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Toplam 19 maddeden oluşan bu ölçekte belirti şiddetini ilk 10 madde ölçer ve değerlendirme esnasında belirti türü, içeriği ya da sayısı dikkate alınmaz. Obsesyon ve kompulsiyonlar sırası ile 5'er madde ile değerlendirilip, her madde 4 puan üzerinden olacak şekilde ayrı ayrı hesaplanır. Ölçek üzerinden alınabilecek en yüksek puan 40 olup, puanlamalar 0-7 subklinik, 8-15 hafif, 16-23 orta, 24-31 şiddetli, 32-40 çok şiddetli olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada obsesif kompulsif belirtilerin seyrinin değerlendirilmesinde esas alınan uluslararası görüş birliğinin sağlandığı ölçütlere göre, YBOCS toplam puanının %25-35 arasında azalması kısmi düzelme, %35 ve daha fazla azalması tedaviye cevap, 12'nin altında olması remisyon ve YBOCS toplam puanının %35 ve daha fazla artması relaps olarak kabul edilmektedir (Mataix-Cols ve ark. 2016). Ölçek Türkçe'ye uyarlanmış olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Karamustafalıoğlu ve ark. 1993).

3.2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Bedensel hastalığı olanlara anksiyete ve depresyon belirtilerini taramak üzere hazırlanan ve hastanın kendisi tarafından doldurulan bir ölçektir (Zigmund ve ark. 1983). HAD Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları(1997) tarafından yapılmıştır. 14 sorudan oluşan testte 7 soru anksiyeteyi, 7 soru ise depresyonu

ölmektedir. Ölçeğinin Türkçe formunda kesme noktaları depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7, anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10 olarak belirlenmiştir.

3.2.5. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği

Akiskal ve arkadaşları (2005) tarafından baskın affektif mizacı değerlendirmek için düzenlenmiştir. Türkçeye uyarlanmış olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Vahip ve ark. 2005). Orjinal ölçek kadınlar için 110 erkekler için 109 maddeden oluşurken, ölçeğin Türkçeye uyarlanmış formu 99 maddeden oluşmakta ve depresif, hipertimik, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçları belirlemektedir. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddelere doğru veya yanlış şeklinde yanıt verir. Doğru yanıtlar 1 puan, yanlış yanıtlar 0 puan ile değerlendirilir.

Ölçekte depresif mizaç 18 madde, siklotimik mizaç 19 madde, hipertimik mizaç 20 madde, irritabl(sinirli) mizaç 18 madde ve anksiyöz mizaç 24 madde ile sorgulanmakta ve baskın mizacı belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Kişide birden fazla baskın mizaç özelliği bulunabilir.

3.2.6. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği):

Carver ve arkadaşları (1989) tarafından kişinin başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlanmış olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ağargün ve ark. 2005). Ölçek 60 maddeden oluşur ve dört seçenek üzerinden değerlendirilir. Dörder sorudan oluşan 15 alt ölçek bulunmakta olup bu alt ölçeklerin her biri farklı bir başa çıkma tutumu ile ilgilidir. Alt ölçeklerden alınan puan yüksekliğine göre bireyin hangi başa çıkma tutumunu kullandığı belirlenir. Birey bu ölçeği kendisi doldurur. Bu alt ölçekler; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkar, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapmadır.

3.2.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Sosyal destek ve soysal desteğin ruh sağlığı ile ilişkisini değerlendirmek amacı ile Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından düzenlenmiştir. Toplam 12 sorudan oluşan bu ölçek her biri 4 maddeden oluşan aile, arkadaş ve özel insandan alınan sosyal desteği 3 alt ölçek şeklinde değerlendirir. Ölçekte 3,4,8 ve 11. maddeler aileden, 6,7,9 ve 12. maddeler arkadaşlardan, 1,2,5 ve 10. maddeler özel insandan alınan sosyal desteği değerlendirir. Her maddede puanlama 7 üzerinden yapılır ve alt ölçekler 4 maddeden aldığı toplam puan ile değerlendirilir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu anlamına gelir. Ölçek Türkçeye uyarlanmış olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Eker ve ark. 1995).

3.3. İstatistiksel analiz

İstatistik analizler SPSS programının 20.0 versiyonu ile yapılmıştır. Örneklemdeki sayısal değişkenlerin dağılımları Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Doğumun ilk günü ve 6-8 hafta sonrası YBOCS skorlarının karşılaştırılması bağımlı gruplar için t testi ile yapılmıştır. Doğum sonrası belirtilerde en az %35 azalma olan ve olmayan gruplar arasındaki karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren sayısal değişkenlerde bağımsız gruplar için t testi, anormal dağılım gösteren sayısal değişkenlerde Mann-Whitney U testi ve kategorik değişkenler için Ki-kare testi ile gerektiğinde Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Doğum sonrası en az %35 azalmanın bağımsız yordayıcıları ise binary lojistik regresyon analizi ile tespit edilmiştir. Analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $P < 0.05$ alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Örneklemin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen 37 yeni doğum yapmış kadın hastanın yaş ortalaması 27.54 (SS= 6.28) idi. Hastaların çoğunluğu ilkokul mezunu (n=27, %73) olup, tamamı ev hanımı ve evli idi. Ekonomik durumu kötü olan hasta sayısı 1 olup (%2.7) çoğunluğun ekonomik durumu orta (n=29, %78.4) ve iyi (n=7, %10.8) idi (Tablo 1).

Tablo 1: Çalışmaya alınan kadınların sosyodemografik özellikleri (n=37)

Yaş (yıl), ort ± SS	27.54±6.28
Medeni durum, n (%)	
Evli	37 (100)
Bekar	0
Eğitim durumu	
İlköğretim	27(73)
Lise	6 (16)
Üniversite	4 (18.8)
Mesleki durum, n (%)	
Ev hanımı	37 (100)
Çalışıyor	0
Çocuk sayısı ort ±SS	2.03±0.76

Obstetrik öz geçmipleri değerlendirildiğinde, hastaların %18.9'unun ilk gebeliği olup, %81.1'i multigravid idi. Ortalama çocuk sayısı 2.03 (SS=0.763) idi. Hastaların %40.5'inde geçmiş doğumlarda düşük öyküsü vardı (n=15). Sezaryen ile doğum yapma oranı %91.9 (n=34) idi. Bebeklerin %64.9'u (n=24) erkek, %35.1'i (n=13) kız cinsiyette idi. Bebeklerin ortalama doğum kilosu 3128 gram (SS=616), ortalama doğum haftası ise 37.95 (SS=2.09) hafta idi. Bebeklerin; doğum ağırlığı 2500 gram ve altı olanlar %16.2 (n=6), 37 hafta ve daha erken doğanlar %13.5 (n=5) ve yenidoğan komplikasyonu olanlar (solunum sıkıntısı, küvez bakımı vs.) %13.5 (n=5) oranında idi (Tablo 2).

Tablo 2: Çalışmaya katılan kadınların obstetrik özellikleri (n=37)

	n	%
Hamilelik Sayısı		
İlk gebelik	7	18.9
Birden fazla gebelik	30	81.1
Düşük Öyküsü	15	40.5
Doğum Şekli		
Normal doğum	3	8.1
Sezaryen ile doğum	34	91.9
Cinsiyet		
Kız	13	35.1
Erkek	24	64.9
Düşük doğum ağırlığı	6	16.2
Erken doğum öyküsü	5	13.5
Yenidoğan komplikasyonu	5	13.5

Tablo 3'de örneklemdaki obsesif kompulsif belirti türlerinin yaygınlığı gösterilmektedir. En sık görülen obsesyonlar bulaş (n=29, %78.4) ve kuşku obsesyonu (n=24, %64.9) olup, üçüncü sıklıkta simetri obsesyonu (n=7, %18.9) görülmekteydi. Hastalarda cinsel, dini, saldırganlık obsesyonları daha az sıklıkta idi. Kompulsiyonlar arasında en sık saptananlar temizlik (n=29, %78.4) ve kontrol etme (n=25,%67.6) kompulsiyonları idi. Simetri ve düzen kompulsiyonu %18.9 (n=7) üçüncü sıklıkta saptanan kompulsiyondu.

Tablo 3: Hastalardaki Obsesyon ve kompulsiyon türleri

	n	%
Obsesyon türleri		
Bulaşma	29	78.4
Kuşku	24	64.9
Cinsel	2	5.4
Dinsel	4	10.8
Simetri	7	18.9
Saldırganlık	4	10.8
Somatik	0	0
Kompulsiyon türleri		
Yıkama/temizleme	29	78.4
Kontrol	25	67.6
Sayma	2	5.4
Biriktirme	0	0
Dua etme	4	10.8
Düzen	7	18.9

Hastaların %21.6'sında (n=8) gebelik döneminde ek psikiyatrik hastalık saptandı. En sık görülen ek tanı yaygın anksiyete bozukluğu olup (n=6, %16.2), ikinci sırada majör depresyon (n=3, %8.1) ve panik bozukluk (n=3, %8.1) idi.

Tablo 4: İlk değerlendirmede hastalara konulan ek tanılar

	n	%
Majör depresyon	3	8.1
Yaygın anksiyete bozukluğu	6	16.2
Panik Bozukluk	3	8.1
Sosyal Fobi	0	0
Özgül Fobi	0	0
Distimi	0	0
Herhangi bir depresyon	3	8.1
Herhangi bir anksiyete bozukluğu	8	21.6

Örnekleme COPE, TEMPS-A, Algılanmış Sosyal Destek ve HAD ölçeği ortalama puanları Tablo 5’te gösterilmiştir. TEMPS-A ölçeğine göre, 8 (%21.6) hastada baskın mizaç özelliği saptandı. Baskın mizaç olarak 5 (%13.5) hastada anksiyöz, 2 (%5.4) hastada depresif ve 1 (%2.7) hastada ise irritabl özellikler saptandı. Baskın nitelikteki siklotimik ve hipertimik mizaç saptanmadı.

Tablo 5: Örneklemin COPE, TEMPS-A, Algılanmış Sosyal Destek Ölçeği ve HAD Ölçeği Skorları

	En düşük	En yüksek	Ortalama	SS
COPE alt ölçek puanları				
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	8	16	12,65	2,13
Zihinsel boş verme	4	16	9,92	2,71
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	8	16	12,65	2,15
Yararlı sosyal destek kullanımı	5	16	11,51	3,09
Aktif başa çıkma	7	16	12,03	2,20
İnkar	4	13	6,81	2,10
Dini olarak başa çıkma	10	16	14,68	1,73
Şakaya vurma	4	14	7,00	2,76
Davranışsal olarak boş verme	4	15	7,57	2,52
Geri durma	5	14	9,38	2,46
Duygusal sosyal destek kullanımı	7	16	12,11	2,18
Madde kullanımı	4	12	4,54	1,72
Kabullenme	7	14	10,22	1,81
Diğer meşguliyetleri bastırma	5	14	10,03	2
Plan yapma	5	16	11,95	2,43
Toplam	118	190	153,41	17,14

TEMPS-A Alt ölçek puanları				
Depresif	2	15	7,03	3,21
Siklotimik	1	17	7,86	4,44
Hipertimik	0	17	7,41	4,82
İrritabl	1	15	5,49	3,25
Anksiyöz	0	25	9,78	6,46
Algılanmış Sosyal Destek Ölçeği Alt Ölçek Puanları				
Aile	8	28	24,08	4,63
Arkadaş	4	28	19,16	7,25
Özel kişi	8	28	22,89	5,56
Toplam	24	84	66,14	14,49
HAD Alt Ölçek Puanları				
Depresyon	0	14	6.86	3.51
Anksiyete	0	20	8.59	4.29
Toplam	0	32	15.46	6.93

OKB tanısı olan hastaların çoğunluğunda (n=33, %89.2) belirtilerin gebelik öncesinde olduğu, sadece 4 hastanın (%10.8) obsesif kompulsif belirtilerinin gebelik döneminde başladığı saptandı. Hastaların %27'sinde (n=10) ailede OKB öyküsü vardı. Geçmiş doğumlarından sonraki OKB seyri değerlendirildiğinde, hastaların %55.6'sı (n=15) belirti şiddetinin değişmediğini ya da arttığını, %44.4'ü (n=12) ise azaldığını bildirdi.

4.2. Obsesif Kompulsif Belirti Şiddetinin Postpartum Seyri

Hastaların ilk değerlendirmedeki ortalama YBOCS-Obsesyon, YBOCS-Kompülsiyon ve YBOCS-toplam değerleri sırasıyla 12.95 (SS=1.71), 12 (SS =2.34) ve 24.95 (SS=3.77) olarak saptandı. Doğumdan 6-8 hafta sonrasında yapılan ikinci değerlendirmede bu skorlar sırasıyla 9.41 (SS=4.01), 8.49 (SS=4.81) ve 17.89 (SS=8.69) idi. Bağımlı t testi analizine

göre aradaki fark tüm alt skorlarda istatistiksel olarak anlamlıydı (Tüm karşılaştırmalarda P=0.000)

Tablo 6: İlk ve ikinci değerlendirmelerdeki ortalama YBOCS skorlarının karşılaştırılması

	İlk değerlendirme	İkinci değerlendirme	P
YBOCS-obsesyon	12.95±1.71	9.41±4.01	0.000
YBOCS-kompulsiyon	12.00±2.34	8.49±4.81	0.000
YBOCS-toplam	24.95±3.77	17.89±8.95	0.000

İkinci değerlendirmede, ilk değerlendirmeye göre YBOCS-toplam skorlarının hastaların %43.2 (n=16)'sinde %35 veya daha fazla, %8.1'inde (n=3) %25-35 oranında azaldığı ve %32.4'ünde (n=12) son değerlendirmede toplam puanın 12'nin altında olduğu gözlemlendi. Hastaların %5.4'ünde (n=2) ise YBOCS-toplam ölçek değerlerinde %35'ten fazla artma saptandı (Tablo 7).

Tablo 7: İkinci değerlendirmede saptanan YBOCS skorlarındaki değişiklikler

	n	%
>%35 oranında azalma	16	43.2
%25-35 oranında azalma	3	8.1
Toplam puanı <12	12	32.4
>%35 oranında artma	2	5.4

4.3. Obsesif kompulsif belirti şiddetinde en az %35 azalma ile ilişkili etkenler

OKB'de postpartum dönemde YBOCS ölçek değerlendirmelerine göre belirti şiddetinde %35 ve daha fazla azalma olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında, hastaların yaşı, medeni durumu, eğitimi, çalışma durumu, ekonomik durum, doğum sayısı, yaşayan çocuk

sayısı, abortus öyküsü, son gebelikte erken doğum, bebeğin doğum kilosu ve düşük doğum ağırlığı verileri arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 8).

Tablo 8: Obsesif kompulsif belirti şiddetinde %35 ve daha fazla azalma olan ve olmayan grupların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması

	%35 ve daha fazla azalma olan grup n=16	Azalma olmayan grup n=21	P
Yaş, ortalama (SS)	27.62 (5.72)	27.48 (6.81)	0.944
Medeni durum n,%			
Evli	16 (100)	21 (100)	-
Eğitim			0.399
İlkokul	10 (62.5)	17 (81)	
Lise	4 (25)	2 (9.5)	
Üniversite	2(12.5)	2 (9.5)	
Çalışma durumu n,%			
Çalışmıyor	16 (100)	21 (100)	
Ekonomik durum n,%			0.333
Kötü	1 (6.2)	0	
Orta	11 (68.8)	18 (85.7)	
İyi	4 (25)	3 (14.3)	
Gebelik sayısı n,%			1.000
İlk gebelik	3 (18.8)	4 (19)	
Birden fazla gebelik	13 (81.2)	17 (81)	
Düşük öyküsü n,%	7 (43.8)	8 (38.1)	0.749
Çocuk sayısı, ortalama (SS)	2.06 (0.77)	2 (0.77)	0.809
Erken doğum öyküsü n,%	3 (18.8)	2 (9.5)	0.634
Bebeğin doğum kilosu, ortalama (SS)	3172.88 (686.12)	3095.00 (573.25)	0.709
Düşük doğum ağırlığı n,%	3 (18.8)	3 (14.3)	1.000

YBOCS ölçek puanında %35 ve daha fazla azalma gösteren hastaların %6.2'si (n=1) gebelik sırasında psikiyatrik ek tanıya sahipken, bu oran ölçek puanında belirlenen

oranda azalma olmayanlarda %33.3 (n=7) idi. Ancak yapılan analizde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Fisher's exact test, P=0.104).

Obsesyon ve kompulsiyon türleri karşılaştırıldığında, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 9).

Tablo 9: Obsesif kompulsif belirti şiddetinde %35 ve daha fazla azalma olan ve olmayan gruplar arasında obsesyon ve kompulsiyon türlerinin karşılaştırılması

	%35 ve daha fazla azalma olan grup n=16	Azalma olmayan grup n=21	P
Obsesyonlar n (%)			
Bulaşma	14 (87.5)	15 (71.4)	0.423
Kuşku	10 (62.5)	14 (66.7)	1.000
Cinsel	0	2 (9.5)	0.495
Dinsel	0	4 (19)	0.118
Simetri	4 (25)	3 (14.3)	0.437
Saldırganlık	1 (6.2)	3 (14.3)	0.442
Somatik	0	0	-
Kompulsiyonlar n,%			
Yıkama/temizleme	14 (87.5)	14 (71.4)	0.423
Kontrol	11 (68.8)	14 (66.7)	1.000
Sayma	0	2 (9.5)	0.495
Biriktirme	0	0	-
Dua etme	0	4 (19)	0.118
Düzen	3(18.8)	4 (19)	1.000

COPE alt ölçeklerinden şakaya vurma (P=0.029) ve diğer meşguliyetler ile bastırma (P=0.014) skorları, obsesif kompulsif belirti şiddetinde en az %35 azalma olan grupta, azalma olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek idi. Diğer alt ölçekler yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Algılanmış

sosyal destek ölçeği, HAD ölçeği puanları karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. TEMPS-A alt ölçek puanlarına bakıldığında, ortalama hipertimik mizaç puanları azalma olan grupta, diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek idi (P=0.004). TEMPS-A diğer alt ölçekler yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 10).

Tablo 10 : Obsesif kompulsif belirti şiddetinde %35 ve daha fazla azalma olan ve olmayan gruplar arasında değerlendirilen ölçek skorlarının karşılaştırılması

	%35 ve daha fazla azalma olan grup n=16	Azalma olmayan grup n=21	P
COPE alt ölçek puanları, ort±SS			
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	13±2.09	12.38±2.17	0.390
Zihinsel boş verme	10±1.93	9.86±3.22	0.876
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	12.12±2.50	13.05±1.80	0.200
Yararlı sosyal destek kullanımı	11.62±3.11	11.43±3.15	0.852
Aktif başa çıkma	12.06±1.87	12±2.47	0.933
İnkar	6.94±1.91	6.71±2.28	0.754
Dini olarak başa çıkma	14.62±1.62	14.71±1.84	0.879
Şakaya vurma	8.12±2.94	6.14±2.35	0.029
Davranışsal olarak boş verme	14.62±1.62	14.71±1.84	0.691
Geri durma	7.38±1.82	7.71±2.98	0.109
Duygusal sosyal destek kullanımı	12.19±2.19	12.05±2.22	0.850
Madde kullanımı	4.94±2.29	4.24±1.09	0.227
Kabullenme	9.62±1.92	10.67±1.62	0.083
Diğer meşguliyetleri bastırma	10.94±1.43	9.33±2.12	0.014
Plan yapma	12.19±2.00	11.76±2.75	0.606
Toplam	156.62±17.10	150.95±17.16	0.326

TEMPS-A, ort±SS			
Depresif	6.62±3.26	7.33±3.21	0.514
Siklotimik	8.81±5.01	7.14±3.92	0.263
Hipertimik	9.94±4.53	5.52±4.10	0.004
İrritabl	5.31±2.98	5.62±3.51	0.781
Anksiyöz	8.50±5.59	10.76±7.02	0.298
Algılanmış Sosyal Destek			
Ölçeği, ort±SS			
Aile	24.62±4.93	23.67±4.46	0.541
Arkadaş	21.50±6.53	17.38±7.41	0.087
Özel insan	22.81±5.28	22.95±5.90	0.941
Toplam	68.94±13.46	64±15.19	0.311
HAD Ölçeği, ort±SS			
HAD depresyon	6.69±3.61	7 ±3.52	0.793
HAD anksiyete	8.19±4.73	8.90±4.01	0.621
HAD toplam	14.88±7.37	15.90±6.73	0.661
YBOCS Ölçeği, ort±SS			
Obsesyon	13±1.15	12.90±2.07	0.870
Kompulsiyon	12.06±2.11	11.95±2.55	0.890
Toplam	25.06±3.08	24.86±4.30	0.873

Hastaların geçmiş doğumdan sonra obsesif kompulsif belirti seyri değerlendirildiğinde, mevcut doğumda obsesif kompulsif belirtileri %35 ve daha fazla azalan gruptaki hastaların %83.3 (n=10)'ünde önceki doğumlarından sonra belirti şiddetinin azaldığı, %16.7 (n=2) sinde belirti şiddetinin arttığı veya değişmediği, diğer grupta ise hastaların %13.3 (n=2)'ünde belirtilerin azaldığı, %86.7(n=13) belirtilerin arttığı veya değişmediği gözlemlendi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. (Fisher's exact test, P= 0.001)

Gruplar arası karşılaştırmada anlamlı çıkan değişkenler (COPE-şakaya vurma, COPE-diğer meşguliyetler ile bastırma, TEMPS-A hipertimik mizaç puanı, geçmiş doğumdan sonra OKB seyri) obsesif kompulsif belirti şiddetinde postpartum en az %35

azalmayı yordayan bağımsız etkenlerin belirlenmesi amacı ile lojistik regresyon analizine tabi tutulmuştur. Regresyon analizi neticesinde geçmiş doğumdan sonra obsesif kompulsif belirti şiddetinde azalma olması ve TEMPS-A hipertimik mizaç puanının yüksekliği obsesif kompulsif belirtilerin doğumdan sonra en az %35 azalma ile bağımsız şekilde ilişkili olduğu saptanırken, COPE-şakaya vurma, COPE-diğer meşguliyetler ile bastırmanın bağımsız etken olmadığı saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11: Lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	Wald χ^2	Exp(B)	P
COPE- şakaya vurma	0.127	0.336	1.135	0.562
COPE-diğer meşguliyetleri bastırma	0.508	2.729	1.662	0.099
TEMPS-A hipertimik mizaç puanları	0.280	4.555	1.323	0.033
Geçmiş doğumdan sonra OKB seyri	3.48	10.29	0.031	0.001

5. TARTIŞMA

5.1. Obsesif kompulsif belirti yaygınlığı

Çalışmamızda hastalarda en sık saptanan obsesyonlar bulaş (%78.4) ve kuşku (%64.9) obsesyonu idi. Maina ve arkadaşlarının (1999) yapmış oldukları bir çalışmada en sık görülen obsesyonların bulaş ve saldırganlık obsesyonu olduğu bildirilmiş olup, yine başka bir çalışmada saldırganlık obsesyonunun postpartum dönemde 9 kat daha sık görüldüğü öne sürülmüştür (Zambaldi ve ark. 2009). Uğuz ve arkadaşlarının (2007c) yapmış olduğu çalışmada en sık saptanan obsesyonlar bulaş (%81.3), düzen (%50.0) ve saldırganlık (%43.3) obsesyonları idi. Bizim çalışmamızda saldırganlık (%10.8) obsesyonu nadir görülen obsesyonlar arasında olup bu sonuçlar ile diğer çalışmalardan ayrılmaktadır. Önceki çalışmalardaki örneklemi obsesif kompulsif belirtileri doğumdan sonra başladığını bildiren veya postpartum dönemde tanı konulan OKB hastaları oluştururken, çalışmamızda sadece gebelik dönemindeki obsesif kompulsif belirtiler taranmıştır. Nitekim ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, gebelik sırasında en sık obsesyonların bulaş (%80) ve düzen (%30) obsesyonları olduğu bildirilmiştir (Kaya ve ark. 2015). Çalışmada en sık gözlenen kompulsiyonlar ise temizlik (%78.4) ve kontrol etme (%67.6) kompulsiyonları idi. Bu bulgu yapılan diğer çalışma bulguları ile benzerdi.

5.2. Ek tanıları

Çalışmamızda hastaların %21.6'sında doğumdan hemen sonraki değerlendirmede psikiyatrik ek tanı saptandı. En sık görülen ek tanı yaygın anksiyete bozukluğu olup (%16.2), ikinci sırada majör depresyon (%8.1) ve panik bozukluk (%8.1) idi. Navaro ve arkadaşlarının (2008) postpartum dönemde psikiyatrik hastalıklar ile ilgili yapmış oldukları çalışmada, OKB tanısı olan hastaların %42.9'ünde psikiyatrik ek tanı olduğu bildirilmiştir. Zambaldi ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu bir çalışmada, OKB tanısı olan hastalardaki en sık ek tanı depresyon (%38.9) olarak bildirilmiştir. Sichel ve arkadaşları (1993) depresyon ek tanısını %60, Williams ve Koran (1997) %37 oranında bildirmiştir. Bizim çalışmamızda ek tanı oranlarının daha düşük olmasının çalışmaların örneklemi arasındaki farklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Örneğin, araştırmamızda ek tanıları postpartum ilk gün değerlendirilmiştir. Yine örneklemimiz psikiyatri polikliniğine

başvuran OKB hastaları yerine, doğum nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran kadınlardan oluşmuştur.

5.3. Obsesif kompulsif belirti şiddetinin seyri

Postpartum dönemde OKB'nin seyrine yönelik yaptığımız istatistiksel analizde, hastaların obsesif kompulsif belirti şiddetinin postpartum dönemde anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. YBOCS ölçek skorlarına bakıldığında hastaların %43.2'sinin en az %35 azaldığı, %5.4'ünün %35'ten fazla arttığı saptanmıştır. Daha önce seyir ile ilgili yapılan ülkemiz dışındaki araştırmaların çoğunluğu retrospektif özellikte olup oranlar farklılık göstermektedir. Labad ve arkadaşları (2005), puerperiumun kadınların OKB semptomlarının kötüleşmesine karşı en savunmasız olduğu reproduktif dönem olduğunu ileriye sürmüşlerdir. Bu çalışmada daha önceden OKB tanısı olan hastaların %50'sinde postpartum dönemde semptomların kötüleştiği bildirilmiştir. Benzer şekilde Williams ve Koran (1997) postpartum dönemde daha önceden OKB tanıları olan kadınların %29'unda obsesif kompulsif belirti şiddetinin arttığını bildirmiştir. Vulink ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu bir çalışmada, örneklem grubundaki 52 hastanın 25'inde (%48) obsesif kompulsif belirtilerin postpartum dönemde kötüleştiği, 22 (%42) hastada semptomların değişmediği, 5 (%10) hastada ise belirtilerin düzeldiği bildirilmiştir. House ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu güncel bir prospektif çalışmada ise obsesif kompulsif belirti şiddetinin gebelik ve postpartum dönemde değişmediği bildirilmiştir.

Bu çalışmalar ile karşılaştırıldığında, çalışmamızda postpartum dönemdeki obsesif kompulsif belirti şiddetinde azalma oranları daha yüksek görülürken, alevlenme ihtimalinin çok daha az olmasının muhtemel nedenlerinin aşağıdaki faktörlerin olabileceği düşünülmektedir:

1. Mevcut çalışmaların çoğu hastaların geriye dönük öz bildirimlerine dayalı retrospektif nitelikteki çalışmalardır. Bizim çalışmamız ise gözlemsel nitelikte olup, hastaların standardize edilmiş geçerli ölçekler ile takip edildiği daha objektif nitelikte bir çalışmadır.

2. Daha önce yapılan çalışmalar çoğunlukla OKB nedeni ile psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasında yürütülmüştür. Buna karşılık bizim çalışmamız herhangi bir psikiyatri polikliniğine tedavi gereksinimi nedeni ile başvuranlardan değil,

sadece doğum sırasında OKB olarak tespit edilen hastalardan oluşmaktadır ve bu hastaların hemen hiçbiri şimdiye kadar herhangi bir tedavi almamıştır

Nitekim ülkemizde Uğuz ve arkadaşları tarafından Afyon ve Konya illerinde yapılan bir çalışmada, gebelik sırasında kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran ve OKB saptanan 16 hastanın doğum sonrası 6. haftada yapılan değerlendirmelerinde, YBOCS ölçek skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır. Hastaların %68.7'sinde OK belirti şiddeti azaldığı, hastaların %50'sinde'inde azalmanın en az %25 olduğu, buna karşın belirti şiddetinde %25 ve daha fazla artışın olduğu hasta oranının ise sadece %6.2 olduğu bildirilmiştir (Uğuz ve ark, 2007c). Benzer metodoloji ve örneklem grubu ile yapılan bu çalışma bulguları bizim çalışmamızla uyumludur.

5.4. Obsesif kompulsif belirti şiddetinde en az %35 azalma ile ilişkili etkenler

Kadınların reproduktif dönemlerindeki gonadal hormon değişiklikleri nörotransmitter fonksiyonlarını etkileyerek psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasını ya da seyrini etkileyebilmektedir. Bu dönemlerden en çok üzerinde durulanları gebelik ve postpartum dönem olup, OKB'nin bu dönemlerdeki seyri ile ilgili yapılan çalışmalar çoğunlukla retrospektif niteliktedir ve seyir ile ilişkili etkenler ile ilgili veriler azdır. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, postpartum dönemde OKB'nin seyri üzerinde etkili olan sosyodemografik ve klinik değişkenlerin araştırıldığı ilk prospektif nitelikteki çalışmadır.

Zambaldi ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu bir çalışmada postpartum OKB'nin, özgeçmişinde bedensel hastalık öyküsü olanlarda, gebelik ya da doğum sırasında obstetrik komplikasyon öyküsü olanlarda ve multipar kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. OKB tanısı olan ve olmayan postpartum kadınlar karşılaştırıldığında iki grup arasında yaş, medeni durum ve eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Zambaldi ve ark. 2009). Maina ve arkadaşları perinatal OKB ile preterm doğum, gecikmiş doğum ve sezaryen doğum arasında ilişki olduğunu ileri sürmüşlerdir (1999). Labad ve arkadaşları (2005) ise primiparite, doğum şekli, gebelik veya postpartum dönemlerdeki komplikasyonlar dahil olmak üzere, incelenen klinik veya obstetrik değişkenlerin hiçbirinin OKB'nin başlangıcı veya belirtilerde artış ile ilişkili olmadığını bulmuşlardır.

Labad ve arkadaşları (2005) anksiyete, iritabilite, duygudurum değişkenliği ve depresif duygudurumu içeren premenstrüel duygudurum belirtilerinin sayısının OKB'nin postpartum dönemde kötüleşmesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Postpartum dönemde obsesif kompulsif belirti şiddetinde artma ile postpartum depresyon dahil olmak üzere daha önceki majör depresif bozukluk (Labad ve ark. 2005) veya herhangi bir psikiyatrik bozukluk (Zambaldi ve ark. 2009) öyküsünün ilişkili olduğunu bildiren yazarlar vardır.

House ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu bir çalışmada anne yaşı, çalışma dönemi boyunca YBOCS skorları ile ters orantılı olarak saptanmıştır. Sezaryen ile doğumun vajinal doğuma kıyasla postpartum dönemde artmış YBOCS skoru ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Perinatal dönemdeki obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti ile obstetrik veya neonatal komplikasyonlar arasında ilişki bulunmamıştır. OKB'si olmayan kadınlarda, OKB tanısı olan kadınlara göre daha yüksek fetal kayıp ve düşük sıklığı saptanmıştır. Kadınların ırkı, eğitimi, medeni durumu, doğum haftası, erken doğum, parite ile OKB seyri arasında ilişki araştırıldığında bu değişkenlerin hiçbirinin OKB belirtilerini önemli ölçüde etkilemediği saptanmıştır. Yine bu çalışmada, YBOCS kompulsiyon ve obsesyon alt ölçekleri için yapılan analizlerde, sadece kompulsiyon alt ölçek puanlarının anne yaşı ve doğum yönteminden önemli ölçüde etkilendiği saptanmıştır (House ve ark. 2016). Bu sonuçlar, doğum yöntemi ile OKB seyri arasında ilişki olmadığını bildiren önceki araştırmalarla uyumsuzdur (Abramowitz ve ark. 2007). Bu sonuçların, sezaryen ile doğumda daha fazla anksiyete olması ya da vajinal doğum ile karşılaştırıldığında sezaryen ile doğum sonrasında daha stresli ve iyileşme süresinin daha uzun olması ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (House ve ark. 2016)

Araştırmamızda hastaların çoğunluğunda obsesif kompulsif belirti şiddetinde azalma olduğundan dolayı alevlenme ile ilişkili etkenlerden ziyade azalma ile ilişkili etkenlerin analizinin daha uygun olacağı düşünülmüştür. Hastaların sosyodemografik değişkenleri, bebeklerin doğum ağırlıkları, doğum haftası, erken doğum, gravida, düşük öyküsü, doğum şekli incelendiğinde, OKB'de postpartum dönemde belirti şiddetinde azalma olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Bu çalışmada YBOCS ölçek puanında %35 ve daha fazla azalma gösteren hastalarda, azalmayan gruba göre gebelik sırasında psikiyatrik ek tanı alma oranı yaklaşık 5 kat düşük olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durumun örnekleminin küçüklüğü ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Şimdiye kadar hastaların geçmiş doğumdan sonraki OKB seyrinin etkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız bulguları geçmiş doğumdan sonraki OKB'nin seyrinde görülen azalmanın, postpartum obsesif kompulsif belirti şiddetinde azalmayı yordayan en önemli etkenlerden olduğunu göstermektedir. Ancak bu durum sadece OKB'ye özgü görünmemektedir. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda, önceki doğumların ardından depresif belirtilerde alevlenme olanlarda, gebelik sırasındaki depresyon belirtilerin doğumdan sonra alevlenme riskinin arttığı gösterilmiştir (Bolak Boratav ve ark. 2015). Çalışmamız bulgularına göre, hastalarda algılanmış sosyal destek düzeyi ve doğumun ilk günündeki anksiyete ve depresif belirti şiddeti düzeyi ile obsesyon ve kompulsiyon şiddet düzeyinin, postpartum obsesif kompulsif belirti seyrini etkilemediği söylenebilir. Bu değişkenleri daha önce inceleyen bir çalışma da bildiğimiz kadarıyla şimdiye kadar yayımlanmamıştır.

Bulgularımız, COPE ölçeğine göre şakaya vurma ve diğer meşguliyetler ile bastırma şeklindeki streslerle başa çıkma yönteminin, postpartum obsesif kompulsif belirti şiddetinde azalma olan hastalar tarafından daha sık kullanıldığını düşündürmekle birlikte, bu değişkenlerin belirti şiddetini öngörmede bağımsız etkenler olmadığını ortaya koymaktadır. Daha önce OKB seyri ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Daha önce OKB'nin postpartum dönem dışındaki klinik seyri ile afektif mizaç özellikleri ile ilgili yapılan bir çalışmada, baskın afektif mizaç özellikleri ile OKB'nin seyri arasında anlamlı bir fark saptanmadığı bildirilmiştir. Bu çalışma bulguları çalışmamızla uyumludur. Başka bir çalışmada tedavi ile remisyona giren OKB hastalarında hipertimik mizaç puanları daha yüksek saptanmıştır (Sakallı 2015). Çalışmamızda da hipertimik mizaç puanı yüksekliği ile postpartum dönemde obsesif kompulsif belirtilerde klinik düzelme arasında bağımsız bir ilişki olduğu saptanmıştır. OKB'li hastalarda yürütülmüş daha önceki çalışmalar da dikkate alındığında, hiperitimik mizaç özelliklerinin obsesif kompulsif belirti seyri üzerindeki olumlu etkisinin postpartum döneme özgü olmadığı düşünülebilir.

6. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmamızda hastaların ilk değerlendirmeleri gebeliğin son haftalarından ziyade doğumun ilk gününde yapılmıştır. Bu durumun nedeni hastaların gebelik dönemlerindeki takiplerinin farklı hastanelerde yapılmış olması, hastaların kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine son hafta başvurusu esnasında değerlendirilememesinden kaynaklıdır. Hastaların geçmiş doğumlarından sonraki OKB seyri ile ilgili edinilen veriler, hastaların öz bildirimlerine dayalıdır. Çalışmamız tek bir hastanede yürütülmüş olup örneklem büyüklüğü de nispeten küçüktür. Bu durum çalışma sonuçlarının genelleştirilmesini sınırlayan bir etkidir.

7. SONUÇLAR

Postpartum dönemde OKB'nin seyrine yönelik yaptığımız çalışmamızda, hastaların obsesif kompulsif belirti şiddetinin postpartum dönemde anlamlı düzeyde azaldığı, alevlenme ihtimalinin 6-8 haftalık dönemde düşük olduğu saptanmıştır. Geçmiş doğumdan sonraki OKB'nin seyrindeki azalma, postpartum obsesif kompulsif belirti şiddetinde azalmayı göstermektedir.

OKB'nin postpartum dönemdeki seyrini sosyodemografik değişkenler, bebeklerin doğum ağırlıkları, doğum haftası, erken doğum, gravida, düşük öyküsü, doğum şekli, yapılan ölçeklerdeki algılanmış sosyal destek düzeyi ve doğumun ilk günündeki anksiyete ve depresif belirti şiddeti düzeyi, obsesyon ve kompulsiyon şiddet düzeyi etkilememektedir.

Postpartum dönemde obsesif kompulsif belirti şiddetinde azalma olan hastalar COPE ölçeğine göre şakaya vurma ve diğer meşguliyetler ile bastırma başa çıkma yönteminin daha sık kullanıldığı, ancak bu değişkenlerin belirti şiddetini öngörmeye bağımsız etkenler olmadığı saptanmıştır. TEMPS-A hipertimik mizaç puanı yüksekliği ile postpartum dönemde obsesif kompulsif belirtilerde klinik düzelme arasında bağımsız bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bununla birlikte, bulgularımızın daha büyük örneklem üzerinde ve çalışmamız sınırlılıklarını da dikkate alan benzer yöntemle yapılacak çalışmalarca teyit edilmesi gerekmektedir.

8. KAYNAKLAR

- 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.
- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., & Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive–compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1361-1374.
- Abramowitz, J. S., Meltzer-Brody, S., Leserman, J., Killenberg, S., Rinaldi, K., Mahaffey, B. L., & Pedersen, C. (2010). Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Archives of women's mental health*, 13(6), 523-530.
- Afshar H, Roohafza H, Mohammad-Beigi H, Haghghi M, Jahangard L, Shokouh P, ve ark. 2012. N-acetylcysteine add-on treatment in refractory obsessive-compulsive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol*;32:797-803.
- Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *Journal of affective disorders*. 2005;85(1-2):3-16.
- Allen, A. J., Leonard, H. L., & Swedo, S. E. (1995). Case study: a new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 307-311.
- Alsobrook JP, Zohar AH, Leboyer M et al. Association between the COMT locus and obsessive-compulsive disorder in females but not males. *Am J Med Genet* 2002; 114: 116-20.
- Altemus M, Pigott T, Kalogeras KT, Demitrack M, Dubbert B, Murphy DL, ve ark 1992. Abnormalities in the regulation of vasopressin and corticotropin releasing factor secretion in obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*;49:9-20.
- Arnold LM. A case series of women with postpartum-onset obsessive compulsive disorder. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1999; 1: 103–8.
- Arnold PD, Sicard T, Burroughs E et al. Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 769-76.
- Aslan H, Ünal M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Köroğlu E. (Editör). *Anksiyete monografileri serisi III*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1995: 101–42
- Atmaca M, Yıldırım B H, Özdemir BH et al. Volumetric MRI assessment of brain regions in patients with refractory obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 1051-7.
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Validity and reliability of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Turkish Journal of Psychiatry* 1997; 8:280-287.
- 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.
- Bastani B, Arora Rc, Meltzer HY. Serotonin uptake and imipramine binding in the blood platelets of obsessive-compulsive disorder patients. *Biol Psychiatry* 1991; 32:131-9.
- Baumgarten HG, Grozdanovic Z. Role of serotonin in obsessive-compulsive disorder. *The British journal of psychiatry. Supplement* 1998; 35:13-20.
- Bayraktar E. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası* 1997;1 25-32.
- Benkelfat C, Mefford IN, Masters CF et al. Plasma catecholamines and their metabolites obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1991; 37: 321-31.
- Ben-Pazi A, Szechtman H, Eilam D. The morphogenesis of motor rituals in rats treated chronically with the dopamine agonist quinpirole. *Behav Neurosci* 2001; 115:1301-17.
- 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.
- Billett EA, Richter MA, King N et al. Obsessive-compulsive disorder, response to serotonin reuptake inhibitors and the serotonin transporter gene. *Mol Psychiatry* 1997; 2: 403-6.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Sen S et al. Association of the serotonin transporter polymorphism and obsessive-compulsive disorder: systematic review. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2008; 147B: 850-9.
- Bogetto F, Venturello S, Albert U, Mania G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 434-41.
- Bolak Boratav, H., Toker, Ö., & Küey, L. (2016). Postpartum depression and its psychosocial correlates: A longitudinal study among a group of women in Turkey. *Women & health*, 56(5), 502-521.
- Brockington, I. F., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of women's mental health*, 9(5), 253-263.
- Buttolph, M. L., & Holland, A. D. (1990). Obsessive-compulsive disorders in pregnancy and childbirth. *Obsessive-compulsive disorder: theory and management*, 2nd ed. Chicago: Yearbook Medical Publishers, 89-95.
- Cannistraro PA, Wright CI, Wedig MM, Martis B, Shin LM, Wilhelm S, et al. Amygdala responses to human faces in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2004;56(12):916-20.
- Carrey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety phobic, and obsessive compulsive disorders. In: *Anxiety: New. Reserch and Changing Consepts*. Klein DF, Rabkin J (Eds). Raven. New York, 1981, pp 117-36
- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56:267-283.
- Chaudron LH, Nirodi N. The obsessive-compulsive spectrum in the perinatal period: a prospective pilot study. *Arch Womens Ment Health* 2010.

- Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. 2004. Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comp Psychiatry*;45:367-374.
- Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. 1993. Obsessive compulsive disorder and depression. *Psychopathology*;26:145-150.
- Demet MM. Obsesif-kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2005;15:45-52.
- Deniz F. Manisa İl Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi. *Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, 2005.*
- Denys D, Fluitman S, Kavelaars A et al. Decreased TNF alfa and NK activity in obsessive-compulsive disorder: *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29: 945-52.
- Denys D, Van Nieuwerburgh F, Deforce D et al. Association between the dopamine D2 receptor Taq1 A2 allele and low activity COMT allele with obsessive-compulsive disorder in males. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006; 16: 446-50.
- Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Sivas: Dilek Matbaası, 1995.*
- Doğan O. *Psikiyatrik Epidemiyoloji. Sivas: Esform Ofset, 2011.*
- Eisen JL, Rasmussen SA. *Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorders. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2002, pp 173-89*
- Eker, D., ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği [Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. *Türk Psikoloji Dergisi*,10(34), 17-25.
- Eşel E. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Biyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2000;3:46-55.
- Fairbrother N, Woody SR. New mothers' thoughts of harm related to the newborn. *Arch Womens Ment Health* 2008;11: 221-9.
- 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.
- Fenichel O. *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi (1945). (Çev. Tuncer S), İzmir, Ege Üniversitesi Matbaası. s.246-284.*
- Feusner JD, Kerwin L, Saxena S, & Bystritsky A. 2009. Differential efficacy of memantine for obsessive-compulsive disorder vs generalized anxiety disorder: an open-label trial. *Psychopharmacol Bull* 42(1), 81-93.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams J. 1997. *Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-IV). Washington, C American Psychiatry Press.*
- Forray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougle CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 2010.
- Freud S. *Notes upon a case of Obsessional Neurosis(1909), Standard Addition Volume X.Hogarth Press. London, 1986*

- Freud S. Saplantı nevrozuna yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı). Psikopatoloji Üzerine (1913), (Çev. Budak S) Ankara, Öteki Yayınları 1997; s.125- 143.
- Gilbert AR, Moore GJ, Keshavan MS ve ark. (2000) Decrease in thalamic volumes of pediatric patients with obsessive-compulsive disorder who are taking paroxetine. Arch
- Gonzalez-Burgos G, Lewis DA. 2008 . GABA neurons and the mechanisms of network oscillations: implications for understanding cortical dysfunction in schizophrenia. Schizophr Bull. Sep;34(5):944-61.
- 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.
- Goodwin DW, Guze SB, Robins E (1969). Follow-up studies in obsessional neurosis. Arch Gen Psychiatry 20:182–187
- Grados MA, Walkup J, Walford S. Genetics of obsessive-compulsive disorders: new findings and challenges. Brain & Development 2003; 25 (Suppl. 1):55-61.
- Greenberg BD, Ziemann U, Cora-Locatelli G, Harmon A, Murphy DL, Keel JC Ve ark. (2000). Altered cortical excitability in obsessivecompulsive disorder. Neurology 54: 142–147.
- Guglielmi V, Vulink NC, Denys D, Wang Y, Samuels JF, Nestadt G (2014) Obsessive-compulsive disorder and female reproductive cycle events: results from the OCD and reproduction collaborative study. Depress Anxiety, 31:979-987.
- Hertzberg T, Leo RJ, Kim KY. Recurrent obsessive-compulsive disorder associated with pregnancy and childbirth. Psychosomatics 1997; 38: 386–8.
- Hollander E, Stein DJ, Saoud JB ve ark. Effects of fenfluramine on plasma HVA in OCD. Psychiatry Res 1992; 42:185-187.
- Hollander E, Kaplan A, Allen A ve ark. Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am 2000; 23(3):643-656.
- House, S. J., Tripathi, S. P., Knight, B. T., Morris, N., Newport, D. J., & Stowe, Z. N. (2016). Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. Archives of women's mental health, 19(1), 3-10.
- Insel, T. R., Mueller, E. A., Alterman, I., Linnoila, M., & Murphy, D. L. (1985). Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection?. Biological psychiatry, 20(11), 1174-1188.
- Insel TR. Phenomenology of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1990; 51(Suppl 2):4-8.
- Işıklı S, Gönül AS. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(3):24-32.
- Jakubovski E, Diniz JB, Valerio C, Fossaluza V, Belotto-Silva C, Gorenstein C, et al. Clinical Predictors of Long-Term Outcome in Obsessive-Compulsive Disorder. Depress Anxiety. 2012.
- Kalra H, Tandon R, Trivedi JK, Janca A. Pregnancy-induced obsessive compulsive disorder: a case report. Ann Gen Psychiatry 2005; 4: 12.

- Kalra SK, Swedo SE. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just “little adults”? *J Clin Invest* 2009;119(4):737-746.
- Karaca E, Doksat MK. 1998. Klinik açıdan obsesif-kompulsif bozukluk. *Yeni Symposium*; 36(3-4): 59-68.
- Karamustafalıoğlu K.O. *Temel ve Klinik Psikiyatri*, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2018, ISBN:978-975-277-703-3)
- Karamustafalıoğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bursa: Savaş Ofset, 1993: 86.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in five US communities. *Arch Gen Psych* 1988;45(12):1094-9.
- Karslıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2007; 10(13):13-13.
- Kaya, V., Uguz, F., Sahingoz, M., & Gezginc, K. (2015). Pregnancy-onset obsessive-compulsive disorder: clinical features, comorbidity, and associated factors. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(3), 248-258.
- Kılıç, C. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. 1998, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı
- Kiessling LS, Marcotte AC, Culpepper L, 1993. Antineuronal antibodies in movement disorders. *Pediatrics* 92, 39–43.
- Kim, S.J. ve Kim, C.H., The genetic studies of obsessive-Compulsive Disorder and its future directions. *Yonsei Med J*, 2006.47: s. 443-54.
- Koran LM, Pallanti S, Quercioli L. Sumatriptan, 5-HT(1D) receptors and obsessive compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2001; 11(2):169-72.
- Koroğlu E (Çeviri Ed.), *Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı (DSM-IV-TR)*.(2000) Yeniden gözden geçirilmiş, 4.
- Koroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*, ikinci Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007, 343-352.).
- Koroğlu E. *Klinik Psikiyatri*, ikinci Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2015, 250-61.
- Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Vallejo J (2005). Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 66:428–435.
- Last, C. G., & Strauss, C. C. (1989). Obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 3(4), 295-302.
- Leckman JF, Goodman WK, North WG, et al. The role of central oxytocin in obsessive compulsive disorder and related normal behavior. *Psychoneuroendocrinology* 1994;19:723–749.
- Leckman, J. F., Goodman, W. K., North, W. G., Chappell, P. B., Price, L. H., Pauls, D. L., ... & Barr, L. C. (1994). Elevated cerebrospinal fluid levels of oxytocin in obsessive-compulsive disorder: comparison with Tourette's syndrome and healthy controls. *Archives of General Psychiatry*, 51(10), 782-792.

- Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, Pauls DL, Sceery W, Rapoport JL. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:407-412.
- 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
- Lesch KP, Hoh A, Disselkamp-Tietze J, Wiesmann M, Osterheider M, Schulte HM. 5-Hydroxytryptamine_{1A} receptor responsivity in obsessive-compulsive disorder. Comparison of patients and controls. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 540-7.
- Levitan RD, Kaplan AS, Masellis M et al. The serotonin-1Dbeta receptor gene and severity of obsessive-compulsive disorder in woman with bulimia nervosa. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006; 16: 1-6.
- 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.
- 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.
- Mataix-Cols, D., de la Cruz, L. F., Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K., & Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry*, 15(1), 80-81.
- McEwen B. Estrogen actions throughout the brain. *Recent Prog Horm Res* 2002;57:357–384
- Miller FD, Ozimek G, Milner RJ, Bloom FE. Regulation of neuronal oxytocin mRNA by ovarian steroids in the mature and developing hypothalamus. *Proc Natl Acad Sci USA* 1989;86: 2468–2472.
- Moret C, Briley M. The Possible role of 5-HT(1B/D) receptors in psychiatric disorders and their potential as a target for therapy. *Eur J Pharmacol* 2000; 404: 1-12.
- 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.
- Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, ve ark. 2000. A family study of obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*;57:358-363.
- Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. Genderdivergentaetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 260-3.
- Ozer, O. A. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 221-226.
- 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.

- Öztürk MO, Uluğ B. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu. Türkiye Ruh ve Sinir Sağlığı Yayını, Ankara, 1992.
- Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, (11.Basım) Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2008; 480-496.
- 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
- Pauls DL, Alsobrook JP 2nd, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*.1995; 152 (1): 76-84
- Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2008; 148C: 133-9.
- 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.
- Pittenger C, Kelmendi B, Wasyluk S, Bloch MH, & Coric V (2008b). Riluzole augmentation in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: a series of 13 cases, with long-term follow-up. *J Clin Psychopharmacol* 28(3), 363–367.
- Poyurovsky M, Michaelovsky E, Frisch A et al. COMT Val158Met polymorphism in schizophrenia with obsessive-compulsive disorder: a case-control study. *Neurosci Lett* 2005; 389:21-4.
- Rachman S, Hodgson R. *Obsessions and Compulsions*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, NJ, 1988.
- Rachman S. *The Treatment of Obsessions*. Oxford University Press. Oxford, 2003.
- Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther* 1998; 36:385-401.
- Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy* 1993; 31: 149-154..
- Rapoport, J. L. (1990). The waking nightmare: An overview of obsessive compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51(11), 25-28.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1990;Feb;51 Suppl:10-3; discussion 14.
- Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992;15:743-758
- Rasmussen S.A, Eisen, J.L. Phenomenology of OCD: Clinical subtypes, heterogeneity, and coexistence. The psychobiology of obsessive-compulsive disorder . *J Clin Psychiatry* 1991;13-43 In: Zohar J, Insel TR, Rasmussen S, editors. The psychobiology of obsessive-compulsive disorder. New York: Springer. pp. 13–43.
- Richter MA, de Jesus DR, Hoppenbrouwers S, Daigle M, Deluce J, Ravindran LN ve ark. (2012). Evidence for cortical inhibitory and excitatory dysfunction in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 37: 1144–1151.

- Rosenberg DR, Keshavan MS. Toward a neurodevelopmental model of obsessive compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1998; 43:623-640.
- Rosenberg DR, MacMillan SN, Moore GJ (2001). Brain anatomy and chemistry may predict treatment response in paediatric obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 4: 179-190
- Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B, et al. Meta-analysis of brain volume changes in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2009 1; 65: 75-83.
- Rubin, R. T., Villanueva-Meyer, J., Ananth, J., Trajmar, P. G., & Mena, I. (1992). Regional xenon 133 cerebral blood flow and cerebral technetium 99m HMPAO uptake in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder and matched normal control subjects: determination by high-resolution single-photon emission computed tomography. *Archives of General Psychiatry*, 49(9), 695-702.
- Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry* 2013; 74:377-85.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri 11. Baskı (Çeviri editörü: Bozkurt A.). Güneş Tıp Kitapevi. Ankara 2016;418-427.
- Sakallı Kani A. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların afektif mizaç, kronobiyoloji ve dürtüsellik açısından incelenmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerahhapaşa Tıp Fakültesi (2014).
- Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors in the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy* 1989; 27: 677-682.
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., & Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *The British journal of psychiatry*. Supplement, (35), 53-63.
- Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif-kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999; 9:142-147.
- Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23(3):563-86.
- Saxena, S., Brody, A. L., Maidment, K. M., Smith, E. C., Zohrabi, N., Katz, E., ... & Baxter Jr, L. R. (2004). Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *American Journal of Psychiatry*, 161(6), 1038-1048.
- Sichel DA, Cohen LS, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Postpartum obsessive compulsive disorder: a case series. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 156-9
- Simon D, Kaufmann C, Müsch K, Kischkel E, Kathmann N. Fronto-striato-limbic hyperactivation in obsessive-compulsive disorder during individually tailored symptom provocation. *Psychophysiology* 2010;47(4):728-38.
- Singer HS, Giuliano JD, Hansen BH, Hallett JJ, Laurino JP, Benson M, ve ark. 1998. Antibodies against human putamen in children with Tourette syndrome. *Neurology* 50, 1618-1624.
- 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.

- Stoll AL, Tohen M, Baldessarini RJ. Increasing frequency of the diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1992 May;149(5):638-40.
- Sullivan RM, Talangbayan H, Einat H et al. Effects of quinpirole on central dopamine systems in sensitized and nonsensitized rats. *Neuroscience* 1998, 83:781-9.
- Szechtman H, Eckert MJ, Tse WS et al. Compulsive checking behavior of quinpirole-sensitized rats as an animal model of obsessive-compulsive disorder (OCD): form and control. *BMC Neurosci* 2001; 2:4.
- Szeszko PR, Robinson D, Alvir JM et al. Orbital frontal and amygdala volume reductions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 913-9.
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(4):335-341.
- Swedo SE, Kilpatrick KGM, Leonard HL, 1991. Antineuronal antibodies (AnA) in Sydenham's Chorea (SC) and obsessive-compulsive disorder (OCD) (abstract). *Pediatr. Res.* 29, 364A.
- Swedo SE, Leonard HL, Kruesi MJP ve ark. Cerebrospinal fluid neurochemistry of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:29- 36
- Şahin AR, Böke Ö. Obsesif Kompulsif Bozukluk, *Psikiyatri Temel Kitabı*; Köroğlu E, Güleç C (ed.), 2007; s:343-52.
- Tamam L, Saygılı M, Ünal M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:69-80
- Thoren P, Asberg M, Bertillon L ve ark. Clomipramine treatment of obsessive compulsive disorder, II: biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:1289-1294.
- Topçuoğlu V. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler. *Klinik psikiyatri* 2003;6:46-50.
- Ting JT, Feng G. Glutamatergic synaptic dysfunction and obsessive-compulsive disorder. *Curr Chem Genomics* 2008;2:62-75.
- Tükel R.ETR. Obsesif-Kompulsif Bozukluk. In:RT,ed. *Anksiyete Bozuklukları*.Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi 2000; 81-105.
- Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksut D, Turksoy N. Comorbid conditions in obsessive compulsive disorder. *Comp Psychiatry* 2002; 43:204-209.
- 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.
- Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Patogenezi. Tükel R,Alkın T, editörler. *Anksiyete Bozuklukları*. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2006; p. 299-338
- Tükel R. Anksiyete bozuklukları. Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O (editörler). *Psikiyatri*. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, Galenos Yayınevi, İstanbul, 2009; 58-92.

- 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.
- Urraca N, Camarena B, Gomez-Caudillo L, Esmar MC, Nicolini H. Mu opioid receptor gene as a candidate for the study of obsessive-compulsive disorder with and without tics. *Am J Med Genet* 2004; 127:94-96.
- Shavitt, R. G., Hounie, A. G., Campos, M. C. R., & Miguel, E. C. (2006). Tourette's syndrome. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 471-486.
- Sichel DA, Cohen LS, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Postpartum obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 156-9
- Stahl SM. Temel Psikofarmaokoloji: Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamalar. Taneli B, Taneli Y (çev. Ed.). İstanbul: Yelkovan Yayıncılık, 2003:538-74
- Stewart SE, Jenike EA, Hezel DM, Stack DE, Dodman NH, Shuster L, ve ark.(2010). A single-blinded case-control study of memantine in severe obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 30(1), 34-39
- Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006; 8:1-5.
- Uğuz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karataylı S, Aşkın R, Guler O, et al. Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Comprehensive Psychiatry* 2007a; 48: 441-445.a
- Uğuz F, Akman C, Kaya N, Çilli AS. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: Incidence, clinical features, and related factors. *J Clin Psychiatry* 2007b; 68: 132-138.
- Uğuz F, Gezginc K, Zeytinci IE, 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* 2007c; 48: 558-61.
- 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.
- Uğuz, F. Kaya, V. Gezginc, K. Kayhan, F. & Cicek, E. (2011). Clinical correlates of worsening in obsessive-compulsive symptoms during pregnancy. *General hospital psychiatry*, 33(2), 197-199
- Uğuz, F. Hamilelik ve obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, (2012). 5(3), 85-90.
- Uğuz F. *Gebelik ve Postpartum Dönemde Psikiyatrik Bozukluklar İstanbul Tıp Kitabevi, Konya 2017*
- Uğuz F, Yuksel G, Onur OS, Karsidag C, Gezginc K, Arpacı N. Neonatal outcomes in pregnant women with untreated and treated panic disorder, *Compr Psychiatry*. 2018 Nov; 87:107-111.
- 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.

- 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.
- Williams KE, Koran LM (1997). Obsessive–compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *J Clin Psychiatry* 58:330–334.
- Wisner, K. L., Peindl, K. S., Gigliotti, T., & Hanusa, B. H. (1999). Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(3), 176-180.
- Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazici O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *Journal of affective disorders*. 2005;85(1-2):113-25.
- Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W, Turna J. N-acetylcysteine augmentation in treatment resistant obsessive compulsive disorder: A case series. *J ObsessiveCompuls Relat Disord* 2013;2:48-52.
- 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.
- Viswanath B, Narayanaswamy JC, Rajkumar RP, Cherian AV, Kandavel T, Math SB, et al. Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2012;53(6):775-82.
- Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Female hormones affect symptom severity in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21: 171–5.
- Yüksel N, Ruhsal Hastalıklar Yenilenmiş 4. Baskı Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara 2014.
- 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.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark. (1988) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 52:30-41.
- 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.