

# Otojen ve Reaktif Obsesyonlara Sahip Obsesif Kompulsif Hastalarda Psikofarmakolojik Tedaviye Yanıt

Lütfullah Beşiroğlu, Faruk Uğuz, Mürsel Sağlam, Mehmet Yücel Ağargün  
Rüstem Aşkın, Ali Savaş Çilli

## ÖZET:

Otojen ve reaktif obsesyonlara sahip obsesif kompulsif hastalarda psikofarmakolojik tedaviye yanıt

**Amaç:** Obsesyonların farklı bilişsel süreçlerden kaynaklanan otojen ve reaktif obsesyonlar olarak ayrılabilmesi önerilmektedir. Bu çalışmada otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarının ilaç tedavisine yanıt düzeyi karşılaştırılmıştır.

**Yöntem:** DSM-IV tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konan, otojen obsesyonlara sahip 20 erişkin hasta (Otojen grup, OG) ve reaktif obsesyonlara sahip 22 erişkin hasta (Reaktif grup, RG) Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Beyaz Ayı Supresyon Envanteri (BASE) ile değerlendirildi. Hastaların her birine geliş sırasına göre sertralın 100–200 mg/gün, fluvoxamin 200–300 mg/gün ya da paroksetin 40–80 mg/gün tedavilerinden biri 12 hafta boyunca uygulandı. Otojen grubun %80'i (n=16), RG'nin %68'i (n=15) 12 hafta sonra tekrar değerlendirildi.

**Bulgular:** Her iki grupta tedavi sonrası YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon, toplam puanları, HDDÖ ve BASE puanları, tedavi öncesi değerlerden anlamlı olarak daha düşük bulundu. Otojen grubun tedavi öncesi ve sonrası YBOKÖ obsesyon ve BASE değerlendirmeleri arasındaki fark ortancaları RG'den anlamlı olarak daha fazla bulundu. Tedavi öncesi ve sonrası YBOKÖ obsesyon, HDDÖ ve BASE puanları arasındaki fark ortancaları OG'de anlamlı olarak birbirleri ile ilişki bulundu. Reaktif grupta ise obsesyon şiddetindeki azalma kompulsiyon şiddetindeki azalma ile ilişkili idi.

**Sonuç:** Otojen obsesyonlara karşı reaktif obsesyonlar temelinde yapılan bir ayırımı OKB'de olası psikopatolojik mekanizmaların ve tedavi yanıtındaki farklılıkların anlaşılmasında yararlı olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Obsesif kompulsif bozukluk, farmakoterapi, seçici serotonin geri alım engelleyicileri, otojen obsesyonlar, reaktif obsesyonlar, tedavi yanıtı

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007;17:1-8

## ABSTRACT:

Psychopharmacological treatment response in obsessive compulsive patients with autogenous and reactive obsessions

**Objective:** It has been suggested that obsessions related with different cognitive process can be discriminated as autogenous and reactive obsessions. This study aimed to compare treatment response to psychopharmacological interventions of the OCD patients with autogenous and reactive obsessions.

**Methods:** Using the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and White Bear Suppression Inventory we assessed 20 patients with autogenous obsessions (Autogenous group, AG) and 22 patients with reactive obsessions (Reactive group, RG) who met the DSM-IV criteria for OCD. The patients were consecutively assigned to receive either sertraline (100–200 mg/day), fluvoxamine (200–300 mg/day) or paroxetine (40–80 mg/day). We reassessed 80% of the initial AG (n=16) and 68% of initial RG (n=15) after 12 weeks.

**Results:** The YBOCS obsession, compulsion, total scores, HDRS and WBSI scores at follow-up in both AG and RG were significantly lower than at baseline scores. The mean differences from baseline to follow up for obsession severity and suppression tendency in the AG were significantly higher than RG. The relationships between mean differences from baseline to follow up assessments on severity of obsessions, depressive symptoms and suppression tendency were found to be significant in the AG. Mean difference from baseline to follow up assessments on severity of obsessions were significantly associated with mean difference for compulsion severity in the RG.

**Conclusion:** Discrimination for obsessions based on autogenous versus reactive may have implications for identifying psychopathological mechanisms implicated in the OCD, and for understanding variability in treatment response.

**Key words:** Obsessive compulsive disorder, pharmacotherapy, serotonin specific reuptake inhibitors, autogenous obsessions, reactive obsessions, treatment response

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007;17:1-8

## GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen doğaya sahip bir hastalıktır (1). Bu nedenle hastalığın çeşitli özelliklerinin ilişkili olarak gruplaştığı, daha homojen özelliklere sahip alt tiplerini tanımlamaya yönelik çalışmalarda gözle görülür bir artış bulun-

maktadır.

OKB'de alt tiplendirme çalışmaları başlangıç yaşı (2-4), cinsiyet (5), aile hikâyesi (6), belirti içeriği (7-10), içgörü düzeyi (11), tedaviye yanıt (12,13) ve eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıklar (14,15) gibi özelliklere dayanmaktadır. Alt tiplere ayırma çalışmaları arasında en sıklıkla kullanılan uygulamalardan biri belirti yapısına dayanan ayırımdır. OKB, obsesyon ve kompulsiyonların

<sup>1</sup>Yard. Doç. Dr., <sup>2</sup>Asist. Dr., <sup>3</sup>Prof. Dr., <sup>4</sup>Prof. Dr., <sup>5</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fak., Psikiyatri AD., Van-Türkiye

<sup>6</sup>Yard. Doç. Dr., <sup>7</sup>Prof. Dr., <sup>8</sup>Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fak. Psikiyatri AD., Konya-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Lütfullah Beşiroğlu, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fak, Psikiyatri AD., 65200 Van-Türkiye

Telefon / Phone: +90-432-216-4711  
Faks / Fax: +90-432-216-7519

Elektronik posta adresi / E-mail address: drieren@yahoo.com

Kabul Tarihi / Date of acceptance: 17 Şubat 2007 / February 17, 2007

içeriği açısından çok zengin bir dağılıma sahiptir. Belirtili yapısı ile ilgili alt tiplendirme çalışmaları başlangıçta yalnızca kompulsiyonlara dayanarak yapılmıştır (16). Daha sonra genellikle faktör analizlerine dayanan çalışmalarda ilişkili belirtilerin kümelenildiği 3 ile 5 arasında benzer faktör yapısı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalarda 1) simetri obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları, 2) biriktirme obsesyon ve kompulsiyonları, 3) kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları 4) saldırganlık obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları ve 5) cinsel/dini obsesyonlar ve ilişkili obsesyonlar OKB'nin olası fenomenolojik alt grupları olarak tanımlanmıştır (7-10).

Yakın zamanda ise Lee ve Kwon (17) bilişsel teori bağlamında obsesyonların otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayrılabilirliğini önermiştir. Otojen obsesyonlar daha tekrarlayıcı, daha fazla rahatsız edici, kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyan obsesyonlardır. Saldırganlık, dini ve cinsel temalı obsesyonlar bu gruba girmektedir. Reaktif obsesyonlar ise daha fazla bir dış uyaran tarafından tetiklenme eğiliminde, kişinin daha az saçma bulduğu, daha az saklama gereği duyduğu, diğerlerine oranla daha az rahatsızlık uyandıran obsesyonlardır. Kirlenme, kuşku, simetri, biriktirme obsesyonları bu grupta yer alırlar. Psikopatolojik olarak değerlendirilmeyen zihin uğraşlarının, klinik anlamı olan obsesyonlara dönüşmesinde bu iki obsesyon tipi için farklı bilişsel düzenekler mevcuttur. Otojen obsesyonlarda istenmeyen düşünceleri bilinçli olarak bastırma eğilimi bu düşüncelerin obsesyonlara dönüşmesinde ve devamında etkili olurken, anksiyeteyi azaltma davranışları (kompulsiyonlar) ise reaktif obsesyonların gelişiminden sorumludur. Bu iki ayrımın klinik temelleri de mevcuttur (18). Yalnızca otojen obsesyonları olan OKB'li hastaların hastalık başlangıç yaşı, yalnızca reaktif obsesyonları olan hastalardan belirgin olarak daha geç bulunmuştur. Ayrıca otojen obsesyonları olan hastalar daha fazla erkek olma ve disosiyatif bozukluk tanısı alma eğilimindedir.

Son yıllarda OKB'nin ilaç tedavisi ile ilgili olarak önemli gelişmeler sağlanmasına rağmen, hastaların %40-60'ının tedaviye yeterli derecede yanıt vermediği anlaşılmaktadır (19). Erken başlangıç yaşı, şizotipal kişi-

lik özellikleri, içgörü azlığı, hastalık şiddeti, uzun hastalık süresi gibi etmenler ilaç tedavisine olumsuz yanıt ile ilişkili bulunmuştur (20-25). Bu çalışmaların büyük çoğunluğunda belirti içeriklerinin etkisi de araştırılmış, fakat belirti içeriği ile tedavi yanıtı arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte biriktirme, somatik, cinsel ve dini obsesyonlar ve temizlik kompulsiyonlarının varlığını olumsuz tedavi yanıtı ile ilişkili bulan çalışmalar da mevcuttur (13,21,26,27). Görüldüğü gibi OKB, belirti içeriğinin tedavi yanıtına etkisi açısından da belirgin bir çeşitlilik oluşturmaktadır.

Otojen ve reaktif obsesyon ayrımı, bilişsel açıdan farklı bir gelişim dizgesine sahip olmaları, farklı uyaranlarla tetiklenmeleri, farklı içeriklere sahip olmaları, farklı klinik özelliklerle ilişkili olmaları ve farklı başa çıkma tutumlarının kullanılması açısından homojen bir alt tiplendirme fırsatı sunmaktadır. Bununla birlikte her iki obsesyon tipinden birine sahip hastaların benzer tedavilere yanıtının nasıl olacağı ise henüz tanımlanmamıştır. Bu çalışmada otojen ve reaktif obsesyonlara sahip olan hastaların 12 haftalık seçici serotonin geri alım engelleyicisi (SSGE) tedavisine olan yanıt düzeyleri arasında bir fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır.

## YÖNTEM

Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğe ardışık olarak başvuran 42 erişkin OKB hastası çalışmanın örneklemini oluşturdu. Tüm hastalar DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-I), Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Beyaz Ayı Supresyon Ölçeği (BASE) ile değerlendirildi. İlgili literatür doğrultusunda (17) YBOKÖ belirti kontrol listesi ile yapılan değerlendirmelerde saldırganlık, dini ya da cinsel obsesyonlardan bir ya da bir kaçına sahip olan fakat kirlenme, kuşku, simetri, somatik, biriktirme veya diğer obsesyonlarından herhangi birine görüşme anında ya da geçmişte sahip olmamış hastalar otojen gruba dahil edildi (OG, n=20). Kirlenme, kuşku, simetri, somatik veya biriktirme obsesyonlarından birine ya da birkaçına sahip fakat otojen obsesyonlardan herhangi birine görüşme anında ya da geçmişte sahip olmayan hastalar reaktif gruba dâhil edildi (RG, n=22). Otojen ve reaktif obsesyonlara birlikte sahip olan hastalar (n=17), herhangi bir

nörolojik bozukluğu ya da kişinin fiziksel sağlığını ciddi olarak etkileyecek bir hastalığı olanlar (n=3), görüşme esnasında veya geçmişte DSM-IV tanı ölçütlerine göre herhangi bir psikotik bozukluğu olan hastalar (n=2), son 4 hafta içinde düzenli olarak psikotrop ilaç kullanmış olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

#### **DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-I)**

Hastalarda DSM-IV'e göre Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanıları için görüşmecinin uyguladığı yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır (28). SCID-I'in Türkçeye uyarlama çalışmaları Özkürkçügil ve arkadaşları (29) tarafından yapılmıştır.

#### **Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)**

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları (30) tarafından geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır, fakat toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde (madde 1b ve 6b dışında) kullanılır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Ayrıca ölçeğin yanında belirti dağılımını araştırmaya yönelik Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenilirlik çalışması Karamustafaloğlu ve arkadaşları (31) ve Tek ve arkadaşları (32) tarafından yapılmıştır.

#### **Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)**

Hastalarda depresif belirtilerin şiddetini ölçmek üzere Hamilton (33) tarafından geliştirilmiş ve Williams (34) tarafından yapılandırılmış hale dönüştürülmüştür. Bu çalışmada 17 maddelik formu kullanılmıştır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Türkçeye geçerlilik-güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (35) tarafından yapılmıştır.

#### **Beyaz Ayı Supresyon Envanteri (BASE)**

Wegner ve Zanakos tarafından geliştirilen BASE (White Bear Supresyon Inventory) istenmeyen düşünceleri bilinçli olarak bastırma eğilimini değerlendirmeye yönelik bir öz bildirim ölçeğidir (36). On beş sorudan oluşur ve sorular 1-5 puan arasında değerlendirilir. Toplam puan 15-75 arasında değişir. Yüksek puanlar kişinin istemediği halde zihnine üşüşen düşünceleri bastırmak için harcadığı çabanın yüksek olduğunu

yansıtır. Türkçeye geçerlik ve güvenilirliği Ağargün ve arkadaşları (37) tarafından yapılmıştır.

#### **Uygulama ve izlem**

Başlangıçta tüm hastalar SCID-I, YBOKÖ, HDDÖ ve BASE ile değerlendirildi. Bilgilendirilmiş olurları alınarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların her birine geliş sırasına göre ve her iki grupta üç ilacın alım oranları benzer olmak üzere, doğal halinde (naturalistik) bir izlem süresince sertralin 100-200 mg/gün (OG'de %35, 7 hasta; RG'de %36, 8 hasta), fluvoksamin 200-300 mg/gün (OG'de %35, 7 hasta; RG'de %32, 7 hasta), ya da paroksetin 40-80 mg/gün (OG'de %30, 6 hasta; RG' de %32, 7 hasta) tedavisi uygulandı. Hastaların hiç birine takip süreci boyunca herhangi bir ek tedavi ya da yapılandırılmış psikoterapi yöntemi uygulanmadı. Hastaların üçü ilaç yan etkilerinden dolayı (1 hastada aşırı anksiyete, 1 hastada gastrointestinal yan etkiler, 1 hastada akatizi), üçü ilaçları düzensiz kullandığı için ve altısı kontrole gelmediği için çalışma dışı kaldı. On iki hafta sonra otojen grupta yer alan hastaların %80'i (10 kadın, %62.5; 6 erkek %37.5, yaş ortalaması=33.2±11.3) ve reaktif grupta yer alan hastaların %68'i (9 kadın, %60.0; 6 erkek %40.0, yaş ortalaması=26.2±6.8) tekrar değerlendirildi. Tekrar değerlendirme sırasında hastalara YBOKÖ, HDDÖ ve BASE uygulandı.

#### **İstatistiksel Analiz**

Grupların başlangıç YBOKÖ, HDDÖ ve BASE puanları Mann-Withney U testi ile karşılaştırıldı. Gruplar arasında cinsiyet ve yaş değişkenleri için karşılaştırmalar Ki kare testi ve Mann-Withney U testi ile yapıldı. Tedavi öncesi ve sonrası değerlendirmeler arasındaki fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Wilcoxon testi uygulandı. Daha önceki çalışmalar doğrultusunda öngörüldüğü gibi (38) YBOKÖ toplam puanında tedavi ile %35 ve daha fazla azalma gösteren hastalar tedaviye pozitif yanıt veren, %35'den az azalma gösteren hastalar tedaviye olumsuz yanıt veren gruba dâhil edildi. Her iki grup arasında tedaviye yanıt verme oranı Ki kare testi ile karşılaştırıldı. Obsesyon, kompulsiyon, HDDÖ ve BASE puanları için tedavi öncesi ve sonrası değişim miktarının gruplar arasında fark gösterip göstermediği Mann-Withney U testi ile değerlendirildi. Ayrıca iki grupta tedavi öncesi ve sonrası obsesyon, kompulsiyon, HDDÖ ve BASE puanları arasındaki deği-

şimin ilişkisini değerlendirmek amacıyla Spearman bağıntı analizleri uygulandı.

## BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık süresi, tedavi öncesi YBOKÖ, HDDÖ, BASE puanları ve eş tanı alan hasta oranları Tablo 1'de görülmektedir. İki grup arasında yaş ortalaması ve cinsiyet açısından fark bulunmadı. Otojen grubun kompulsiyon puanı ( $9.7\pm 3.4$ ) reaktif gruptan ( $12.8\pm 2.6$ ) anlamlı olarak düşük bulunurken, BASE puanı ( $62.6\pm 7.3$ ) ise reaktif grubun BASE puanından ( $54.9\pm 10.7$ ) anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Diğer karşılaştırmalar anlamlı bulunmadı. Sadece çalışmayı tamamlayan hastalar hesaba katıldığında ise gruplar arasında cinsiyet ( $\chi^2=0.10$ ,  $p>0.05$ ), yaş ( $z=-1.80$ ,  $p>0.05$ ), Eksen I ektanı varlığı ( $\chi^2=0.10$ ,  $p>0.05$ ), başlangıç YBOKÖ obsesyon

puanı ( $z=-0.24$ ,  $p>0.01$ ), YBOKÖ toplam ( $z=-1.46$ ,  $p>0.01$ ) puanı ve HDDÖ puanı ( $z=-0.01$ ,  $p>0.01$ ) açısından anlamlı fark bulunmazken; YBOKÖ kompulsiyon puanı ( $z=-2.24$ ,  $p>0.01$ ) ve BASE puanı ( $z=-1.26$ ,  $p>0.01$ ) açısından istatistiksel fark anlamlı kalmaya devam etti.

Her iki grupta çalışmayı tamamlayan hastaların tedavi öncesi ve sonrası YBOKÖ (obsesyon, kompulsiyon, toplam), HDDÖ ve BASE puanları Tablo 2'de verilmiştir. Wilcoxon testleri ile her iki grubun tedavi sonrası YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon, toplam, HDDÖ VE BASE puanları tedavi öncesi puanlarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Tablo 3'de tedavi öncesi ve sonrası YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon, toplam, HDDÖ ve BASE değerleri arasındaki fark ortalamaları ve her iki grup arasındaki istatistiksel karşılaştırma sonuçları verilmektedir. Otojen grubun tedavi öncesi ve sonrası YBOKÖ obsesyon ve BASE puanları arasındaki fark ortalamaları reaktif

**Tablo 1: Örneklem sosyodemografik özellikleri ve tedavi öncesi bazı klinik ölçüm sonuçları**

	Otojen grup (n=20)	Reaktif grup (n=22)	İstatistiksel analiz
Yaş, Ort±SS	31.4±9.4	27.0±6.4	AD
Cinsiyet, n (%)			AD
Kadın	10 (50)	15 (68.2)	
Erkek	10 (50)	7 (31.8)	
Hastalık süresi, Ort±SS	6.8±3.2	8.1±3.7	AD
YBOKÖ, Ort±SS			
Obsesyon,	13.8±2.6	13.2±2.7	AD
Kompulsiyon	9.7±3.4	12.8±2.6	Z=-3.24, p<0.05
Toplam	23.7±5.5	26.1±3.7	AD
HDDÖ, Ort±SS	17.6±8.6	14.4±8.0	AD
BASE, Ort±SS	62.6±7.3	54.9±10.7	Z=-2.62 p<0.05
Ektanı oranı, n (%)	13 (65.0)	12 (54.5)	AD
Major depresyon	8 (40.0)	6 (27.3)	AD
Distimik bozukluk	-	2 (9.1)	AD
Bipolar bozukluk	2 (10.0)	-	AD
Yaygın anksiyete bozukluğu	4 (20.0)	2 (9.1)	AD
Panik bozukluk	1 (5.0)	2 (9.1)	AD
Somatizasyon bozukluğu	-	1 (4.5)	AD

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, AD: Anlamlı değil, YBOKÖ: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, BASE: Beyaz Ayı Supresyon Envanteri

**Tablo 2: Her iki grubun tedavi öncesi ve sonrası YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon, toplam, HDDÖ ve BASE değerlerinin karşılaştırması**

	Otojen grup (n= 16)		İstatistiksel analiz		Reaktif grup (n=15)		İstatistiksel analiz	
	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	z	p	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	z	p
YBOKÖ obsesyon	14.0±2.6*	6.8±3.3	-3.55	0.001	14.2±2.5	9.1±2.8	-3.41	0.01
YBOKÖ kompulsiyon	9.9±3.6	5.9±3.1	-3.41	0.005	12.6±3.0	7.4±1.7	-3.30	0.01
YBOKÖ toplam	23.9±5.9	12.7±5.8	-3.52	0.001	26.8±4.1	16.6±3.5	-3.41	0.01
HDDÖ	16.1±9.0	9.2±6.3	-3.30	0.005	15.6±9.3	8.9±6.1	-3.30	0.01
BASE	62.7±6.7	44.6±9.6	-3.71	0.001	57.6±11.1	46.5±9.3	-3.44	0.01

\*Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, YBOKÖ: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, BASE: Beyaz Ayı Supresyon Envanteri

**Tablo 3: Tedavi öncesi ve sonrası YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon, toplam, HDDÖ ve BASE arasındaki fark.**

	Otojen grup (n=16)	Reaktif grup (n=15)	İstatistiksel analiz
Tedavi öncesi ve sonrası fark			
YBOKÖ Obsesyon	7.1±2.0*	5.1±2.1	Z=-2.57, p <0.05
YBOKÖ Kompulsiyon	4.0±2.4	5.1±2.8	AD
YBOKÖ Toplam	11.4±3.5	10.7±4.8	AD
HDDÖ	6.9±4.8	6.6±4.3	AD
BASE	17.5±8.9	11.0±5.4	Z=-2.48, p <0.05

\*Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, AD: Anlamlı değil, YBOKÖ: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, BASE: Beyaz Ayı Supresyon Envanteri

**Tablo 4: Tedavi öncesi ve sonrası YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon, HDDÖ ve BASE fark değerleri arasında bağıntı katsayıları<sup>a</sup>**

	Obsesyon Fark	Kompulsiyon Fark	HDDÖ Fark	BASE Fark
Obsesyon Fark	-	-	-	-
Kompulsiyon Fark	0.28 / 0.68*	-	-	-
HDDÖ Fark	0.54* / 0.34	0.08 / 0.41	-	-
BASE Fark	0.61* / 0.42	0.31 / 0.20	0.52* / 0.30	-

(a): Kesme işaretlerinin sol tarafı otojen gruba, sağ tarafı ise reaktif gruba aittir. \*: p <0.05

gruptan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Yani otojen grubun obsesyon ve BASE puanlarında tedavi ile azalma, reaktif gruba göre anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Tedavi ile YBOKÖ kompulsiyon, toplam ve HDDÖ fark ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Otojen grupta tedaviye pozitif yanıt veren hasta oranı reaktif gruba (OG: n=12, %75; Reaktif grup: n=8, %53) göre daha fazla olmakla birlikte, iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=1.58$ , p>0.05).

Tedavi öncesi ve sonrası obsesyon, kompulsiyon, HDDÖ ve BASE değerleri arasındaki azalma ortalamaları arasındaki bağıntısal ilişki Spearman bağıntı analizi ile iki grupta ayrı ayrı olarak test edilmiştir. Otojen grupta obsesyon şiddetindeki azalma, depresif belirtilerin şiddetindeki azalma ve düşünceleri bastırma eğilimindeki azalma arasında pozitif yönde anlamlı derecede bağıntı bulurken, kompulsiyon şiddetindeki azalma ile herhangi bir ilişkili değişken bulunmamıştır. Reaktif grupta ise obsesyon şiddetindeki azalma ile kompulsiyon şiddetindeki azalma arasında pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulunmuştur.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada bilişsel açıdan farklı süreçleri izleyerek ortaya çıkan otojen ve reaktif obsesyonlara sahip OKB hastalarının kısa dönem tedavi yanıtları karşılaştırılmıştır. Her iki grupta hastalık şiddeti SSGE tedavisi ile

anlamlı derecede azalma göstermiştir. Her iki grup arasında fark yaratan bulgular ise otojen grubun tedavi ile obsesyon şiddetinde ve istenmeyen düşünceleri bastırma eğilimindeki azalma oranının reaktif gruptan anlamlı olarak daha fazla bulunması olmuştur. Ayrıca otojen grupta obsesyon şiddetindeki azalma depresif belirtilerin şiddetindeki ve istenmeyen düşünceleri bastırma eğilimindeki azalma ile ilişkili iken, reaktif grupta kompulsiyonların şiddetindeki azalma ile ilişkili bulunmuştur. İki grubun tedaviye olumlu yanıt verme oranları arasında ise bir fark bulunamamıştır.

Yapılan çalışmalarda genellikle ilaç tedavisine dirençle en fazla ilişkili belirti içeriği olarak biriktirme obsesyonları bulunmuştur (13,39,40). Alonso ve arkadaşları (41) ise uzun süreli tedavi ile dini ve cinsel obsesyonların olumsuz tedavi yanıtı ile ilişkili olduğunu bulurken, kısa dönem tedavide bu obsesyonlara sahip olmanın bir fark oluşturmadığını bulmuşlardır. Kısa dönem tedavi ile çalışmamızla benzer sonuçları olan bu çalışmanın uzun dönemde çalışmamızdan farklı sonuçlar bulmasının önemli bir nedeni olabileceği düşünülmektedir. Alonso ve arkadaşları bu çalışmalarında kısa dönem tedavi (12 hafta) sırasında yalnızca serotonin geri alım engelleyicileri tedavisi uygularken, sonraki 20 haftalık tedavi sürecine davranışçı tedaviyi de eklemişlerdir. Oysa cinsel-dini içerikli obsesyonların (otojen obsesyonlar) klasik davranışçı tedavilere (maruz bırakma ve tepki önleme) iyi yanıt vermediği, ancak bilişsel tedavilere ise daha iyi yanıt verdiği bilinmektedir (17). Bu

açından Alonso ve arkadaşlarının uzun dönemde cinsel ve dini obsesyonları olumsuz yanıt ile ilişkili olarak bulunmaları beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda her iki grupta tedaviye olumlu yanıt veren hasta oranlarının benzer olması, SSGE'lerin alt tip ayırımı yapmaksızın, kısa dönemde tüm OKB hastalarında etkili olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte çalışmamızda SSGE tedavisi ile otojen grupta obsesyon şiddetindeki azalmanın daha fazla bulunması, her iki grubun SSGE tedavisine yanıt düzeyinin farklı olabileceğinin bir göstergesi olabilir.

Otojen obsesyonlara sahip hastalar zihne zorla girer bu düşünceleri, reaktif obsesyonları olan hastalara göre daha fazla bilinçli olarak bastırma eğilimindedirler. Düşünceleri bilinçli bastırma çabası ise paradoksal olarak otojen obsesyonların daha da artmasına neden olmaktadır (42). İstenmeyen düşünceleri bilinçli olarak bastırma eğilimi ile olumsuz duygudurum arasında bir ilişki bulunmaktadır. Kişi daha olumsuz bir duygudurum içinde bulunduğunda zihnine gelen istenmeyen düşünceleri bastırmak daha zor olmaktadır (43). Bu çalışmada da otojen grupta tedavi ile obsesyon şiddetinde azalma eğilimiyle depresyon şiddeti ve istenmeyen düşünceleri bastırma eğilimindeki azalma düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Aslında bir antidepresan olan SSGE'ler ile otojen hastalarda azalan depresyon düzeyi, paralel olarak düşünceleri bastırma eğiliminin azalması ve obsesyon şiddetinin azalması ile sonuçlanmış olabilir. Bu bağlamda otojen hastaların tedavi ile obsesyon şiddetindeki azalmanın reaktif gruba göre daha fazla bulunması, azalan depresyon düzeyleri ile ilişkili olabilir. Bu yorumu destekleyecek bir çalışmada, Millet ve arkadaşları (44) siklotimik ve epizodik özellikleri olan OKB hastalarının dini, saldırganlık ve cinsel obsesyonlara daha fazla sahip olma eğiliminde olduklarını bulmuş ve bu hastalarda depresif atakların aslında OKB'yi tetikleyebileceğini öne sürmüştür.

Çalışmamızda reaktif grupta obsesyonların şiddetindeki azalma ile kompulsiyon şiddetindeki azalma arasında anlamlı bir ilişkili bulunurken, otojen grupta bu ilişki bulunmamıştır. Bu farklı bulguların, her iki obsesyon tipine farklı nitelikteki kompulsiyonlar ve başa çıkma tutumlarının eşlik etmesi ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Otojen obsesyonlara daha çok zihinsel kompulsiyonlar gibi dışardan fark edilmesi zor olan kompulsiyonlar eşlik ederken, reaktif obsesyonlara

herkes tarafından gözlenebilir kompulsiyonlar daha çok eşlik etmektedir (45). Ayrıca otojen obsesyonların içerikleri zaman zaman birinci derece akrabaları ile ilişkili olduğu için bu kişiler belirtilerine yakınlarını ortak edemezler. Kirlenme, simetri, kuşku gibi obsesyonları olan hastalar ise belirtilerine sıklıkla ev halkını da ortak etmektedir. Bu nedenle reaktif obsesyonları olan hastaların belirtileri doğrultusunda bir ortam yaratma eğilimleri tedaviye karşı daha fazla istem dışı bir direnç ve daha düşük tedavi yanıtı ile ilişkili olabilir.

Obsesyonların bu şekilde gruplandırılması ilgili literatür tarafından da desteklenmektedir. Lee ve Kwon çalışması dışında da dini, saldırganlık ve cinsel obsesyonları ayrı bir alt grup olarak tanımlayan çalışmalar olmuştur (10,46). Bununla birlikte reaktif-otojen ayırımı, geçmişte depresyon için yapıldığı gibi reaktif-endojen ayırımını çağrıştırabilir. Depresyon için tüm klinik tablo bu ayırımı tabi tutulurken, burada sadece obsesif belirtiler ayırımı tabi tutulmuştur. Ayrıca otojen-reaktif ayırımı ile biyolojik olan ya da olmayan gibi bir ayırım kastedilmemektedir. Sadece bilişsel açıdan obsesyonların farklı süreçlerden geçerek oluşabileceği ve bu obsesyonların farklı uyarımlarla tetiklenip, farklı başa çıkma tutumlarının eşlik edebileceği kastedilmektedir. Bu çalışmanın amacı bilişsel açıdan farklı obsesyonlara sahip OKB hastalarının benzer tedavilere kısa dönemde farklı yanıt verip vermedikleri olup obsesyonların bu şekilde ayırımlaşabileceğinin test edilmesi değildir. Elde edilen bulgular ile her iki alt tipin SSGE tedavisinden anlamlı olarak etkilendiği fakat bu etkilenme düzeyinin ve süresinin farklı olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızın hesaba katılması gereken çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır. En önemli kısıtlılığı örneklem sayısının az olmasıdır. Bu açıdan sonuçlar tüm OKB hastalarına genişletilemez. Farklı SSGE'ler benzer psikofarmakolojik etki profili nedeniyle bir grup olarak düşünülmüş ve tek bir ilaç uygulanmamıştır. Ayrıca hastaların daha önceki aldığı tedavi yanıtları ya da tedaviye direnç gibi özellikleri hesaba katılmamış, sadece son 4 hafta içinde ilaç kullanmamış hastalar çalışmaya alınmıştır. OKB'si olan hastalar klinik ortamlarda çok farklı bir belirti yelpazesi sunabilirler. Hastaların önemli bir kısmı hem otojen hem de reaktif obsesyonları birlikte yaşayabilirler ya da aynı hastalar yaşamalarının değişik zamanlarında farklı belirtileri gösterebilir-

ler. Bu çalışmada her iki belirti grubunu bir arada ya da farklı zamanlarda tecrübe etmiş hastalar dışlanmıştır. Fakat her iki belirti grubunu birlikte yaşayan hastaların nasıl bir fark gösterebileceği sorusu ise yanıtız kalmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular ve eksiklikler dik-

kate alındığında bu konuda daha fazla hasta ile daha uzun süreli, tek bir ilaç kullanarak yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca her iki farklı obsesyon içeriğine sahip hastalarda yapılacak fonksiyonel görüntüleme araştırmaları altta yatması olası farklı nöro-psi-ko-patolojik dizgeleri ortaya koyabilir.

## Kaynaklar:

- Lochner C, Stein DJ. Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harv Rev Psychiatry* 2003; 11: 113- 132
- Sobin C, Blundell ML, Karayiorgou M. Phenotypic differences in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 373-379
- Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res* 2003; 37: 127-133
- Jaisoorya TS, Janardhan Reddy YC, Srinath S. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? findings from an Indian study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12: 290-297
- Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, Moolman-Smook JC, Corfield VA, Knowles JA, Niehaus DJ, Stein DJ. Gender in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic findings. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004; 14: 105-113
- Albert U, Maina G, Ravizza L, Bogetto F. An exploratory study on obsessive-compulsive disorder with and without a familial component: are there any phenomenological differences? *Psychopathology* 2002 ; 35: 8-16
- Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*, 1994; 55 (Suppl.2):18-23
- Van Oppen PV, Hoekstra RJ, Emmelkamp PMG. The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behav Res and Ther* 1995; 33: 15-23
- Calamari JE, Wiegartz PS, Janeck AS. Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behav Res Ther* 1999; 37: 113-125
- Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 228-238
- Turksoy N, Tükel R, Özdemir O, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2002; 16: 413-423
- Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with response to behavior therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom* 2002; 171: 255-262
- Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1409-1416
- Grados MA, Riddle MA, Samuels JF, Liang KY, Hoehn-Saric R, Bienvenu OJ, Walkup JT, Song D, Nestadt G. The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biol Psychiatry* 2001 ; 50: 559-565
- Nestadt G, Addington A, Samuels J, Liang KY, Bienvenu OJ, Riddle M, Grados M, Hoehn-Saric R, Cullen B. The identification of OCD-related subgroups based on comorbidity. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 914-920
- Hodgson RJ, Rachman SJ. Obsessive-compulsive complaints. *Behav Res Ther* 1977 ; 15: 389-395
- Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther* 2003; 41: 11-29
- Besiroglu L, Agargun MY, Ozbebit O, Aydin A. A discrimination based on autogenous versus reactive obsessions in obsessive-compulsive disorder and related clinical manifestations. *CNS Spectr* 2006 ; 11: 179-186
- McDonough M, Kennedy N. Pharmacological management of obsessive-compulsive disorder: a review for clinicians. *Harv Rev Psychiatry* 2002; 10:127-137
- Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ Jr. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 530-533
- Alarcón RD, Libb JW, Spitzer D. A predictive study of obsessive-compulsive disorder response to clomipramine. *J Clin Psychopharmacol* 1993; 13: 210-213
- Ackerman DL, Greenland S, Bystritsky A, Morgenstern H, Katz RJ. Predictors of treatment response in obsessive-compulsive disorder: multivariate analyses from a multicenter trial of clomipramine. *J Clin Psychopharmacol* 1994; 14: 247-254
- Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 368-373
- Denys D, Burger H, van Megen H, de Geus F, Westenberg H. A score for predicting response to pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 315-322
- Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif kompulsif bozuklukta ilaç tedavisine yanıtın öngörücüleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 5-12
- Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21: 488-492

27. Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen RM, Tarlow G, Bystritsky A. Obsessive-compulsive hoarding: Symptom severity and response of multimodal treatment. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 21-27
28. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV). American Psychiatric Press, Washington DC, 1997
29. 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: 233-236
30. 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: 1006-1011
31. Karamustafaloğlu KO, Üçişik AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bursa: Savaş Ofset*, 1993: 86
32. Tek C, Ulug B, Rezaki BG, Tanriverdi N, Mercan S, Demir B, Vargel S. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 410-413
33. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960; 23: 56-62
34. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 1978; 45: 742-747
35. Akdemir A, Turkcapar MH, Orsel SD, Demirel N, Dag I, Ozbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Compr Psychiatry* 2001; 42 :161-165
36. Wegner DM. *White bears and other unwanted thoughts: suppression, obsession, and the psychology of mental control.* London: The Guilford Press, 1989
37. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kiran UK, Kara H, Ozer OA. Beyaz Ayı Supresyon Envanteri'nin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bir ön çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 2004; 15: 282-290
38. Denys D, Feme de Geus MA, Van Megen HGJM, Westenberg HG. () A double blind, randomized, placebo-controlled trial od quetiapine in patients with obsessive-compulsive disorder refractory to sreonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1040-1048
39. Black DW, Monahan P, Gable J, Blum N, Clancy G, Baker P. Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 420-425
40. Rufer M, Grothusen A, Mass R, Peter H, Hand I. Temporal stability of symptom dimensions in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2005; 88: 99-102
41. Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P, Vallejo J. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 535-540
42. Lee HJ, Kim ZS, Kwon SM. Thought disorder in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol* 2005; 61: 401-413
43. Wenzlaff RM, Wegner DM, Klein SB. The role of thought suppression in the bonding of thought and mood. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60: 500-508
44. Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs MO, Demonfaucon F, Barrot I, Bourdel MC, Olie JP, Loo H, Hantouche EG. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord* 2004; 79: 241-246
45. Lee HJ, Kwon SM, Kwon JS, Telch MJ. Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *Depress Anxiety* 2005; 21: 118-129.
46. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen SA, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 911-917