

Obsessif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji*

Dr. Kemal Sayar¹, Dr. Işıl Kaya Uğurad¹, Dr. Burçin Acar¹

ÖZET:

OBSESSİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA FENOMENOLOJİ

Amaç: Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) fenomenolojisinin kültürel ve sosyal etkenlere bağlı olduğu, biçim ve içerikleri değişmeye de semptom yaygınlığının kültürden kültüre değişebildiği bilinmektedir. Çalışmamız bu konuda oluşmakta olan bilgi birikimine bir katkı sağlamak istemektedir. **Yöntem:** Bu araştırmada 40 OKB hastasının, obsesyon ve kompulsiyonları Khanna ve Chabasavanna'nın önerdiği siteme göre sınıflandırılmış, hastalar sosyodemografik bilgi formu, Hamilton Depresyon Ölçeği ve Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği ile değerlendirilmişlerdir. **Bulgular:** Kir-pislik bulaşması, günlük etkinlik ve cinsel temalı obsesyonlar yaygınlık açısından ilk üç sıradadır. Yıkama, güvenlik ve günlük etkinlikler temalı kompulsiyonlar da sırasıyla en yaygın görülen kompulsiyonlardır. **Tartışma:** OKB semptom şiddetiyle depresyon varlığı arasında bir bağlantı bulunamamıştır. Depresyon kadın hastalarda anlamlı ölçüde yüksek bulundu ve bu, kadın hastaların çoğunlukla ikincil depresyon belirtileri tabloya eklendiğinde hekime başvurdıklarını düşündürdü.

Anahtar sözcükler: obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, fenomenoloji

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9:142-147.

SUMMARY:

THE PHENOMENOLOGY OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Object: The phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is considered to be dependent upon cultural and social factors, and although form and content of obsessions and compulsions doesn't change interculturally, prevalence of symptom types do. **Method:** In this research forty patients with OCD were recruited whose obsessions and compulsions were classified according to a system proposed by Kanna and Chabasavanna. The patients were also assessed by a sociodemographic questionnaire, Hamilton Rating Scale for Depression and Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. **Results:** Contamination, daily activity and sexual obsessions were found to be the most prevalent among obsessions; washing, checking and daily activity compulsions ranked the highest among compulsions. No correlation was found between the symptom severity and the presence of depression. **Conclusions:** Depression was more prevalent among women and this suggests women consult to physicians for their OCD, mostly after a secondary depression develops.

Keys words: obsessive compulsive disorder, depression, Phenomenology

Bull Clin Psychopharmacol 1999; 9:142-147.

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) yaygınlığı % 1.9-3.3 arasında değişen ve biyolojik kökeniyle ilgili yoğun araştırmaların yürütüldüğü bir rahatsızlıktır (1). Hastalığın daha fazla tanınmasıyla birlikte daha önce nadir görüldüğü düşünülen bu klinik durumun bir 'gizli salgın' olabileceği de dile getirilmiştir (2). OKB'nin fenomenolojisinin kültürel ve sosyal etkenlere bağlı olduğu da bilinmektedir (3). Bu hastalık yaklaşık üç yüzyıldır bilinmektedir ve sınıflandırılmasına ilişkin çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlar arasında Khanna ve Channabasavanna'nın obsesyon ve kompulsiyonların biçim ve içeriğine dayalı sınıflandırmaları daha geniş bir kabul görmüştür (4). Obsesyon ve kompulsiyonların temel biçim ve içerikleri kültürden kültüre değişmeye de yaygınlıkları arasında bazı farklılıklar görülmektedir. Özellikle dini değer

ve yaşantıların yoğunluğuyla OKB fenomenolojisi arasında bağ kuran çalışmalar olmuştur (3,5). Biz bu çalışmada OKB'nin klinik özellikleri ve fenomenolojisini, sosyodemografik etkenlerle ilişkisi bağlamında araştırmak istedik. Ülkemizde psikiyatri poliklinik ve kliniklerinde OKB tanısı konmakla birlikte, hasta serileri oluşturulmadığı için OKB fenomenolojisine ilişkin çalışmalar çok azdır. Çalışmamız bu konuda oluşmakta olan bilgi birikimine bir katkı sağlamak istemektedir.

YÖNTEM

Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve iki uzman psikiyatrin DSM-IV ölçütlerine göre OKB tanısı koyduğu hastalar içinden rastgele örneklem yoluyla seçilen kırk hasta çalışmaya alınmıştır. Organik mental bozukluğu ya da psiko-

¹ Psikiyatri Uzmanı, Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisi, Aksaray-İstanbul

* 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Kemal Sayar Vakıf Gureba Hastanesi Psikiyatri Servisi Aksaray-İstanbul

tik bozukluğu olan hastalar çalışma dışı tutulmuşlardır. Hastalar klinik öykünün yanısıra, sosyodemografik bilgi formu, Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği ve Hamilton Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

İstatistik analizler Pearson Korelasyon Analizi ve Student's t testi ile yapılmıştır. İstatistik işlemler için SPSS for Windows paket programı kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçekler şunlardır:

Hamilton Depresyon Ölçeği: Depresyonun ciddiyetini belirleyen, klinik alanda standart bir ölçektir (6,7). Hamilton kesim puanı vermemekle birlikte 25 ve üstü puanların ciddi depresyondaki hastaları gösterdiği, 18-24 puanın oldukça ciddi, 7-17 puanın orta, 7'nin altının ise 'iyileşmiş' veya 'depresif olmayan' hastaları gösterdiği tanımlanmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisi Sercan tarafından yapılmıştır (8).

Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği: Ölçek obsesyon ve kompulsiyonların tipinden bağımsız olarak Obsesif Kompulsif Bozukluğun şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (9). Klinisyenin puanlamayı yaptığı ölçekte 0 (semptomuz) ile 4 (aşırı semptomlar) arasında puan verilen 10 unsur bulunmaktadır. OKB'de semptom şiddetini ölçmekte güvenilir ve geçerli bir aygıt olduğu kabul edilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karamustafaloğlu tarafından yapılmıştır (10).

BULGULAR

Örneklem grubumuz 40 OKB hastasından oluşuyordu ve grubun 14'ü erkek (%35), 26'sı kadını (%65). Ortalama yaş 28.78 ± 11.07 , ortalama başlangıç yaşı 22.38 ± 9.06 olarak bulundu. Ortalama yaş ve ortalama başlangıç yaşı açısından erkek ve kadın denekler arasında anlamlı bir fark vardı.

Kırk hastanın 22'si (%55) evli, 16'sı (%40) bekar ve 2'si (%5) duldu. Hastaların 3'ü (%7.5) okuma yazma bilmiyordu, 15'i (% 37.5) ilkokul mezunu, 4'ü (% 10) ortaokul mezunu, 14'ü lise mezunu (%35), 4'ü (%10) yüksek okul mezunu idi. Hastalık süresi 1 yıl ile 34 yıl arasında değişiyordu ve ortalama değer 6.5 ± 6.36 yıl olarak bulundu. Hastaların üçünde ai-

lede OKB öyküsü vardı (%7.5). hastaların önemli bir kısmında (n:36, %90) obsesyon ve kompulsiyonlar birlikte görülürken, dört hastada (%10) sadece obsesyonlar vardı. 40 hastanın 25'inde (%62.5) DSM-IV ölçütlerine göre depresif bozukluk tanısı kondu. Bunu iki hasta (%5) ile panik ataklar ve bir hasta (%2.5) alkol kötüye kullanımı izledi. Hastaların Hamilton Depresyon Ölçeği'nden elde edilen ortalama puanlar ise 14.73 ± 7.29 , Yale-Brown OK ölçeğinden elde edilen ortalama puanlar ise 25.95 ± 7.31 şeklindeydi. OKB'un başlama yaşıyla OKB'nın şiddeti arasında bir bağlantı bulunamadı. Ayrıca Yale-Brown ve Hamilton ölçeklerinden alınan puanlar arasında bir bağlantı bulunamadı (r: -0.019, p: 0.91) Depresyonu olan ve olmayan denekler karşılaştırıldığında Yale-Brown puanları açısından anlamlı bir fark görülmedi. Depresyon cinsler arasında eşit olmayan bir dağılım göstermekteydi: 14 erkekte birine ve 26 kadından 15'ine Depresif Bozukluk tanısı kondu. Aradaki fark anlamlıdır (ki kare: 9.68, p: 0.0018). Hastaların Yale-Brown ve Hamilton Ölçeği puanları, evli ya da bekar olmalarıyla anlamlı farklılık göstermedi. Depresif Bozukluk tanısı alan grupta hastalık süresinin daha fazla olduğu saptandı.

Ayrıca hastalık süresi ile (6.5 ± 6.36 yıl) Yale-Brown puanları arasında anlamlı bir ilişki bulundu (r: 0.32, p: 0.046).

Obsesyon ve kompulsiyonların içerikleri Khanna ve Channabasavanna'nın (4) önerdiği sisteme göre şöyle sınıflandı.

TARTIŞMA

Kadınların Obsesif-Kompulsif Bozukluk geliştirme olasılıkları erkeklerden biraz fazladır (11, 12). Rasmussen ve ark.nın (11) 44 kişilik çalışma grubunda % 64, Coryell ve ark.nın (13) çalışmasında % 66 oranında kadın oranı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise grubun %65'ini kadınlar oluşturmaktadır ve bu bulgu önceki çalışmalarla uyumludur. OKB'si olan yetişkinlerin % 80'inin semptomlarının 18 yaşından önce başladığı bildirilmektedir (14). Bizim çalışmamızda ortalama yaş da 22.8 ± 9.06 olarak bulunmuştur ve önceki bulgularla uyumludur. Çalışmamızda dikkat çekici bir bulgu erkek grubunda hem başvuru

	ERKEK	KADIN	t	P
YAŞ	22 ± 7.2	32.4 ± 11.1	3.15	0.003
BAŞLANGIÇ YAŞI	18.2 ± 6.9	24.5 ± 9.4	2.19	0.034

DEPRESYONU OLAN	4.87 ± 4.53	t	p
DEPRESYONU OLMAYAN	8.93 ± 7.9	2.06	< 0.05

hem de hastalık başlangıç yaşının daha genç olmasıdır. Tezcan ve ark.nın (15) bir çalışmasında da erkeklerde OKB başlangıç ve başvuru yaşı kadın deneklere göre daha erken bulunmuştur. Gülseren ve ark.. ise kadın ve erkek denekler arasında başlangıç ya da başvuru yaşı arasında fark bulamamışlardır (16). Aslan ve ark. (17) kadınlarda OKB bulgularının erkeklerle göre daha erken yaşlarda başladığını bildirmektedirler. Bu sonuçlar, başlama ve başvuru yaşının örneklem grubuyla değişebileceğini düşündürse de DSM-IV'te erkeklerde başlama yaşı daha erken olarak verilmektedir (12). Hastalık süresi, çalışmamızda

Hasta Sayısı: 40

Kir – Pislik Bulaşması	18	% 45
Günlük Etkinlik	12	% 30
Cinsel	9	% 22.5
Agresyon	8	% 20
Dini	7	% 17.5
Hastalık	4	% 10
Ölüm	3	% 7.5
Gayri şahsi / Cansız zarar	2	% 5
Geçmiş	0	
TOPLAM	63	

Kompüsiyonlar da içeriklerine göre şöyle sıralanıyordu:

Yıkama	21	% 52.5
Güvenlik	13	% 32.5
Günlük Etkinlikler	8	% 20
Sayma	3	% 7.5
Dua	2	% 5
Dokunma	1	% 2.5
Utandırıcı Davranış	1	% 2.5
Diğer	0	
TOPLAM	49	

6.5±6.36 yıl olarak bulunmuştur ve bu önceki çalışmalara benzerlik göstermektedir (11,16). Birinci derece akrabalarda OKB aile öyküsü % 5 , % 20 , % 38 olarak bildirilmektedir (11,3,17). Çalışmamızda bu oran % 7.5 olarak bulunmuştur. Komorbidite açısından bakıldığında Depresif Bozukluk yaygın olarak (% 62.5) OKB'a eşlik eder görülmektedir. Rasmussen ve Eisen (1) OKB hastalarının % 70 oranında yaşam boyu Major Depresyon , % 30 oranında diğer anksiyete bozuklukları öyküsü gösterdiğini bildirmektedirler. Hastaların önemli bir çoğunluğu obsesif kompulsif bozukluğa bağlı mesleki ve sosyal bozulmadan dolayı ikincil depresyon geliştirmektedirler. Çalışma-

mızda dikkat çekici bir bulgu OKB'un başlama yaşı ile bulguların şiddeti arasında bir ilişki gösterilmemiş olmasıdır. Hastalık başlama yaşının hastalığın şiddetine etki etmemesi, OKB'un çok farklı semptomlarla seyredilen bir rahatsızlık olduğunu hatırlarsak, obsesyon ve kompüsiyonların biçim ve içeriklerinin hastalık şiddeti ile daha yakından ilgili olduğunu düşündürmektedir. Okasha ve ark. (3) daha yaşlı hastalarda Yale-Brown Ölçeği Puanlarını daha yüksek olarak saptamışlardır. Ancak hastalık süresi ile Yale-Brown Ölçeği Puanları arasında bir bağlantı bulunmuş olması hastalığın yıllar içinde sinsî bir ilerleme gösterdiğini ve şiddetinin giderek arttığını göstermektedir. Yine depresyonun varlığı ile OKB bulgularının şiddeti arasında bir ilişki gösterilmemiş olması Yale-Brown Ölçeği puanları ile Hamilton Depresyon Ölçeği puanları arasında bir bağlantı bulunmaması, OKB'da semptomların ciddiyet derecesinin depresyon varlığından bağımsız olduğunu akla getirmektedir. Bu sonuç Okasha ve arkadaşlarının (3) çalışmasından farklıdır. Mısır'da gerçekleştirilen bu çalışmada komorbid bir psikiyatrik tanının varlığı, OKB'un Yale-Brown Ölçeği ile saptanan şiddetiyle pozitif olarak bağlantılı bulunmuştur. Depresyonun OKB'u olan kadınlarda erkeklere oranla çok daha fazla görülmesi de anlamlı bir bulgudur. Ancak dikkatli bir analiz, bunun cinsiyetle ilgili olmaktan çok hastalık süresi ile ilgili olduğunu, depresyonu olan kadın örneklem grubunda hastalık süresinin daha uzun olduğunu göstermektedir. OKB için hastaneye yatış yaşının erkeklerde daha düşük olduğu gösterilmiştir. Kadınlarda hastalığın erken evrelerinde psikiyatrik yardım istememektedirler (3). Bizim çalışmamızda da gösterildiği gibi, kadınlarda ikincil depresyon belirtileri tabloya eklendiğinde OKB için yardım talebinde bulunmaktadırlar.

Khanna ve Chabasavanna'nın (4,18,19) geliştirdiği sisteme göre obsesyon ve kompüsiyonların içerikleri incelendiğinde, kir-pislik bulaşması obsesyonunun ilk sırada geldiği görülmektedir (% 45). Bu obsesyon görülmez mikrop, kir veya zararlı etkenlerle kişinin pisleneceği, enfekte olacağı şeklinde bir kaygı ile kendini göstermektedir. Bu obsesyona sıklıkla yıkanma, temizlenme kompüsiyonları eşlik etmektedir. Kaçınma davranışı bu hastaların temel niteliklerinden birisini oluşturmaktadır. Bu grup içindeki bazı hastalar mikrop kapabilecekleri korkusuyla kendilerini eve hapsedmişler; misafirliğe gitmekten yada misafir kabul etmekten kaçınıyor olmuşlardır. Yine bu gruptan bir hasta sabahın erken saatlerinden gece

yanlarına dek evinin temizliği ile uğraşmaktan diğer gündelik işlevlerini yerine getiremez haldeydi. Pek çok fenomenolojik çalışmada kir ve kontaminasyon obsesyonları en yaygın temadır ve sıklığı %45-55 arasında değişir (1). Günlük etkinlikler ile ilgili obsesyonlar sıklık açısından ikinci sırada yer almaktadır ve şüphe biçimindedirler. Bunlara sıklıkla kontrol kompulsiyonları eşlik etmektedir. Bu obsesyonlar kapı ya da pencerelerin açık olup olmadığı, havagazının açık unutulup unutulmadığı, evin kapısının kilitlenmediği vb. temalar etrafında dönen şüphe obsesyonlarıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada günlük etkinliklerle ilgili obsesyonlar en yaygın obsesyon türü olarak bulunmuştur (20). Cinsel obsesyonlar % 22.5 oranında görülmüştür ve sıklık açısından üçüncü sıradadır. Bu obsesyonlar çoğunlukla çocuklarıyla ya da kendi cinsiyeli ilişkiye girme şüpheleri şeklindedir ve sıklıkla kontrol ya da yıkanma kompulsiyonları tarafından eşlik edilmektedir. Cinsel obsesyonlar ülkemizde yapılan çalışmalarda %13-%26 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Dini obsesyonlar dördüncü sıklıkta bulunmuştur (%17.5). Bu sonuç ülkemizde yapılmış bir çalışmayla uyumlu, bir diğeriyle çelişir durumdadır. Gülseren ve ark. İzmir'de gerçekleştirdikleri bir çalışmada (16) dini içerikli obsesyonları yaygın bulmazken, Tezcan ve ark. Elazığ'da gerçekleştirdikleri çalışmada (15) dini obsesyonların yaygınlığını daha yüksek bulmuşlardır. Bu obsesyonlar abdestinin ya da namazının bozulduğu, gusül abdestinin tam olarak alınmadığı, namazda yanlış bir şey söylendiği ya da yapıldığı, ibadetlerin eksik kaldığı gibi temalar etrafında oluşmakta ve sıklıkla yineleme, yıkanma gibi kompulsiyonlarla seyretmektedir. İbadet sırasında ya da günlük hayatta Tanrı'ya kötü söz söyleme, inkar etme gibi obsesyonlar, daha nadir olmakla birlikte, dini obsesyonlar arasında görülmektedir. Okasha ve ark.nın (3) çalışmasında dini içerikli obsesyonlar %60 oranında bildirilirken, bu oran Suudi Arabistan'da gerçekleştirilen bir çalışmada (5) % 50 olarak bulunmuştur. Bu yüksek oranlar bu toplumlarda dini duyguların yaygınlığı ve dinin temizliğe yaptığı vurguyla açıklanmıştır. Hindu ve İngiliz hasta serilerinde ise dinsel obsesyonların oranı düşüktür (3). Ülkemizde yapılan çalışmalarda dinsel obsesyonların yaygınlığı %11.1 ile %33.3 arasında değişmektedir (15-17). Ülkemizin Doğu ve Batı'sında birbirinden farklı kültürel özelliklerin ön plana çıktığı düşünülürse, bir anlamda bu kültürlerin birbirine karıştığı bir kent

olan İstanbul'da gerçekleşen bu çalışmamızın biraz daha doğru bir değer verebileceğini düşünüyoruz. Kendine veya kendisi için önemli bir kişiye zarar verme obsesyonu yaygınlık açısından dördüncü sıradadır. Bu obsesyon daha çok ev kadınlarında çocuklarına zarar verme temasıyla kendisini göstermektedir ve kaçınma davranışlarıyla birlikte görülmektedir. Hastalık obsesyonu iyileştirilemez bir hastalığa yakalandığı şüphesini içeriyordu ve % 10 oranında görüldü. Bu oran Hindistan'da yapılan bir çalışmanın sonuçlarına yakındır (4). Gayrişahsi/cansız başlığı altındaki obsesyonlar araba plakalarını okuma ve yüyüken çizgilere basmama tarzında görüldü. Bu oran Hint çalışmasına (4) yakın ancak Eğrilmez'in çalışmasından (20) farklıdır. Sayma (%7.5), dua (%5), dokunma (%2.5), utandırıcı davranış (%2.5) kompulsiyonları ise görece olarak daha düşük bildirilmiştir. Bu oranlar daha önce yapılmış başka çalışmalarda bildirilen oranlardan düşük (15,17), bir başka çalışmayla ise uyumludur (16). Okasha'nın çalışmasında da (3) sayma obsesyonları yaklaşık olarak hastaların yarısında görülmüştür. Kompulsiyonlara bakıldığında yıkanma kompulsiyonları hastaların %52.5'inde görülmüştür ve bu oran diğer çalışmalarla uyumludur (3,21,22). Bu kompulsiyonların tamamına yakını kir-pislik bulaşması obsesyonuna eşli etmekteydiler. Rachman ve Hodgson (23) kir-pislik bulaşma obsesyonlarına yıkanma kompulsiyonlarının eşik etmesini 'onarıcı ritüel' olarak tarif etmişlerdir; yıkama hastanın anksiyete düzeyinin düşmesi anlamına gelmektedir. Bu hastalar bulgulara direnirse de önemli ölçüde kaçınma davranışı gösterebilir ve genel tuvaletlere gitmekten, kapı kolu ve paralara dokunmaktan, el sıkışmaktan uzak durabilirler (24). Güvenlik temalı kompulsiyonlar ikinci sıklıkta görülmekteydi ve %32.5 oranındaydı. Kontrol etme kompulsiyonları şeklinde kendisini gösteren bu kompulsiyonlar geçmiş çalışmalarda %38-80 arasında bildirilmiştir (1,24). Çalışmamızda bu tür kompulsiyonların sıklıkla gündelik etkinliklerle ilgili şüphelere eşlik ettikleri, ancak cinsel obsesyonlardan saldırganlık obsesyonlarına dek farklı obsesyonların eşlikçisi olabildikleri de görüldü. Bir başka çalışmada da agersyon obsesyonlarıyla kontrol etme kompulsiyonları arasında anlamlı bir bağıntı bulunmuştur (25). Insel (24) şüphe obsesyonlarına eşlik eden kontrol etme kompulsiyonlarının suçluluk duygusuyla birlikte seyrettiğini, hastaların sürekli bir belirsizlik hissi içinde olduklarını ve

ironik olarak, her kontrolün belirsizliği daha da artırdığını yazmaktadır. Günlük etkinlik temalı kompulsiyonlar hastaların %20'sinde saptanmıştır. Khanna ve ark. (4) %30.5, Eğrilmez ve ark. (20) %15.5 oran bildirmişlerdir. Ülkemizde gerçekleştirilen bir başka çalışmada da temizlik-yıkama konulu kompulsiyonlar %68.2 , güvenlik-emniyet konulu kompulsiyonlar %58.8 oranlarıyla sıklık açısından ilk iki sırada bulunmuştur (15).

SONUÇ:

OKB'un fenomenolojisiyle ilgili çalışmalar sosyokültürel etkenlerin etkisiyle ilgili farklı sonuçlar bildirmektedirler. Ülkemizin farklı yörelerinde yapılan çalışmalarda da birbirinden farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Çok merkezli ve farklı sosyal katmanları değerlendirmeye alan bir çalışma, OKB'un ülkemizdeki fenomenolojisini daha iyi bir şekilde ortaya koyabilecektir.

Kaynaklar:

1. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical Features and Phenomenology of Obsessive Compulsive disorder. *Psychiatric Annals* 1989; 19:2:67-73.
2. Jenike M. Obsessive-Compulsive and Related Disorders: A Hidden Epidemic. *N Engl J Med* 1989; 321:539-541.
3. Okasha A, Saad A, Khalil AH . Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder: A Transcultural Study, *Comprehensive Psychiatry* 1994; 35:191-197.
4. Khanna S, Channabasavanna SM. Towards a Classification of Compulsions in Obsessive Compulsive Neurosis. *Psychopathology* 1987; 20:23-28.
5. Maghoub OM, Abdel-Hafeiz HB. Pattern of Obsessive-Compulsive Disorder in Eastern Saudi Arabia. *Br J Psychiatry* 1991; 158:840-842.
6. Hamilton H. A Rating Scale for Depression. *J Neurolog Neurosurg Psychiatry* 1960; 33:56-62
7. Ceyhan B. Depresyonun Ölçülmesi. (In) *Depresyon Monografıları*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara , 1993: 205-238.
8. Sercan M. Depresif Bozukluklarda Bedensel Belirtilerin Önemi. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*. İstanbul Ü. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. 1987
9. Goodman W K, Price LH, Rasmussen SA . The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:1006-1016
10. Karamustafaloğlu O, Üçışık M, Ulusoy M . Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 24. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa.
11. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical Characteristics and Family History in DSM-III Obsessive Compulsive Disorder *Am J Psychiatry* 1986; 143:317-322.
12. DSM-IV. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Washington: American Psychiatric Association, 1994.
13. Coryell W . Obsessive-Compulsive Disorder and primary unipolar depression: Comparisons of background, family history, course and mortality. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169:220-224.
14. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:76-84.
15. Tezcan AE, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye'de ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. *Bahar Sempozyumları 2 Kitabı* 1998; 54-55.
16. Gülseren L, Eğrilmez A, Gülseren Ş, Kültür S.. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Konmuş Bir Grup Hastada Kompulsiyonların Biçim ve İçerikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995; 6:35-40.
17. Aslan H, Ünal M, Alparslan N. Ayaktan izlenen obsesif kompulsif bozukluk olgularında psikososyal özellikler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1996; 33:169-176.
18. Khanna S, Channabasavanna SM. Phenomenology of Obsessions in Obsessive-Compulsive Neurosis *Psychopathology* 1988; 21:12-18.
19. Khanna S, Rajendra PN, Karur SM . Inter-rater Reliability of a Classification of Obsessions and Compulsions. *Psychopathology* 1987; 20:29-33.
20. Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş, Kültür S.. Phenomenology of Obsessions in a Turkish series of OCD patients. *Psychopathology* 1997; 30:106-110.
21. Dowson JH. The Phenomenology of Severe Obsessive Compulsive Neurosis. *Br J Psychiatry* 1977; 131:75-78.

22. Stern RS, Cobb JP. Phenomenology of Obsessive Compulsive neurosis. *Br J Psychiatry*, 1987; 132:233-239.
23. Rachman SJ, Hodgson RJ. *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1980.
24. Insel TR. Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:2:4-8.
25. Leckman JF, Grice DE, Boardman J . Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J. Psychiatry* 1997; 154:911-917.