

Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sağlık Yardımı Arama Davranışı İle İlişkili Etmenler: Hastalık İle İlişkili ve Genel Etmenlerin Rolü

Dr. Lütfullah BEŞİROĞLU¹, Dr. Mehmet Yücel AĞARGÜN²

ÖZET

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) kişinin aile, akademik, mesleki ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen süregelen bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından en fazla yeti yitimi oluşturan 10 hastalık içinde OKB da tanımlanmıştır. Bununla birlikte hastalığın oluşturduğu önemli işlevsellik kaybına ve mevcut tedavi seçeneklerine rağmen hastaların önemli bir kısmı sağlık yardımı arama davranışında (SYAD) bulunmamaktadır. Literatürde OKB için SYAD'nın oluşmasında merkezi rol oynayan etmenler yeterince aydınlatılmamıştır. Hastalık için SYAD'nın ortaya çıkmasını en iyi yordayan etmenin hastalık şiddeti olduğu düşünülmeyle birlikte hastalar, kendilerini SYAD'nda bulunmaktan engelleyen çeşitli etmenlerle karşılaşabilirler. Hastalık ve hastalık dışı etmenler karşılıklı etkileşim içerisinde SYAD üzerinde etkili olmakla birlikte her bir etmen diğerlerinden bağımsız olarak tek başına SYAD ile ilişkili olabilir. Bu gözden geçirme yazısında OKB'ta hastalık ve genel etmenlerin SYAD üzerine etkisi tartışılacaktır. Bu şekilde toplumda OKB olan hastalar arasında ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımını artırmak için hedeflerin belirlenmesi açısından yeni bilgiler sağlanabilir.

Anahtar Sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, sağlık yardımı arama davranışı, sağlık bilgisi, yaşam kalitesi, obsesyon, içgörü

Summary: The Correlates of Healthcare Seeking Behavior in Obsessive-Compulsive Disorder: A Multidimensional Approach

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic, distressing, and disabling illness that influences the family, academic, occupational, and social functioning of patients. One of the 10 leading causes of disability worldwide is OCD; however, despite the considerable distress and disability associated with the disorder and the availability of treatment options, many OCD sufferers usually are not inclined to seek healthcare. The factors that may be central to healthcare seeking behavior in OCD has scarcely been described in the literature. It has been thought that the best predictor of healthcare seeking is severity of illness; however, individuals with OCD may have various barriers to seeking healthcare. Although non-disease and disease-related factors that may influence health care seeking are related in complex ways through reciprocal influences and feedback, each factor might be an independent predictor of use of healthcare services. This review aims to discuss the impact of the disease and general factors that impact healthcare seeking behavior in OCD. In this way, new information might be provided for the identification of targets to enhance the use of mental health services among OCD sufferers in the community.

Key Words: Obsessive-compulsive disorder, healthcare seeking behavior, health knowledge, quality of life, obsession, insight

¹Yrd. Doç., ²Prof., Yüzüncü Yıl Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Van.
Dr. Lütfullah Beşiroğlu, e-posta: lbesiroglu@yyu.edu.tr

GİRİŞ

Ruhsal rahatsızlıkları olan bireylerin çeşitli nedenlerle ruh sağlığı hizmetlerinden yeterince yararlanamaması önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Tüm ruhsal rahatsızlıklar hesaba katıldığında ülkeler arasında farklılık olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde bile herhangi bir ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık yardımı arama oranları % 10-50 arasında değişmektedir (Regier ve ark. 1993, Kessler ve ark. 1998, Bebbington ve ark. 2000, ESEMeD/MHEDEA 2000 Araştırmacıları 2004, Kohn ve ark. 2004).

1980 yılında yapılmaya başlanan ve ilk verileri 1984 yılında alınan Ulusal Epidemiyolojik Alan Araştırması (Epidemiologic Catchment Area, ECA) çalışmaları sonucunda OKB'nun toplumda yaşam boyu yaygınlığı % 2-3 olarak bulunmuştur. Psikiyatrik hastalıklar içinde fobiler, madde kullanımını ve duygulanım bozukluklarından sonra dördüncü sıklıkta gelmektedir (Myers ve ark. 1984, Karno ve ark. 1988). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise yaşam boyu yaygınlığı % 2.5-6.2, 12 aylık yaygınlığı % 0.5-5.6 arasında tespit edilmiştir (Doğan ve ark. 1995, Erol ve ark. 1997, Kırpınar ve ark. 1997, Çilli ve ark. 2004). Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), kişinin aile, akademik, mesleki ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen süregen bir rahatsızlıktır (Hollander ve ark. 1998). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre OKB, işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında genelde onuncu sırada, 15-44 yaş arasındaki kadınlarda ise beşinci sırada yer almaktadır (World Health Organization 1999).

OKB'lu hastaların belirtiler başladıktan sonra profesyonel yardım arama süresi ortalama 10 yıl gibi uzun bir süre almaktadır (Hollander ve ark. 1998). Shapiro ve arkadaşları (1984) toplum örneklemindeki erişkin OKB hastalarının % 35'ten azının psikiyatrik yardım aldığını bulurken, benzer şekilde OKB'su olan ergen hastaların % 25'inin bir ruh sağlığı profesyonelinden yardım aradığı bulunmuştur (Whitaker ve ark. 1990). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında son 12 ayda herhangi bir ruhsal hastalığı olanların % 13.7'sinin, OKB'su olanların % 32.4'ünün tedavi için başvurduğu belirtilmektedir (Erol ve ark. 1997). Benzer şekilde Beşiroğlu ve arkadaşları (2004) toplum örnekleminde belirlenen OKB olgularının % 31'inin daha

önce sağlık yardımı arama davranışının (SYAD) olduğunu bulmuştur. Tablo 1'de çeşitli ülkelerde alan çalışmalarında OKB olarak belirlenen bireylerde sağlık yardımı arama davranışı olmayanların oranları verilmiştir. Kohn ve arkadaşları (2004) tüm bu çalışmalardan elde edilen verilerden bir ortanca değer hesaplamış; OKB'ü olan bireylerin % 59.5'inin tedavi arayışının olmadığını belirlemiştir.

Goldberg ve Huxley (1992) ruhsal hastalıklar için kişinin sağlık yardımı aramaya karar vermesinden hastaneye yatış dönemine kadar 4 farklı filtreden geçtiğini belirtmiştir. Yazarlara göre; yardım için karar vermesini etkileyen etmenler ilk filtreyi oluşturmaktadır. Daha sonraki filtreler kişinin sağlık başvurusunun olmasından hastaneye yatışına kadar yaşayabileceği engeller ile ilişkilidir. Sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları, sosyoekonomik nedenler ya da sağlık sigortası gibi etmenler genel olarak tüm ruhsal hastalıklar için sağlık hizmetlerinin kullanımının önünde yaşanan ilk engeller olabilir. Bununla birlikte ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımı ile ilgili olarak her ruhsal hastalığın kendisine özgü ruhsal, fiziksel ve sosyal etkileri olabilmektedir. Bu nedenle ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmak konusunda yaşanan sorunların her ruhsal hastalık için ayrı ayrı tanımlanması ve tartışılması gerekmektedir. OKB'un yaygınlığı gözönüne alındığında önemli oranda hastanın profesyonel tedavi olanaklarından yararlanamadığı anlaşılmaktadır. Bu bağlamda, OKB'ü olan hastaların tedavi aramamasının altında yatan nedenleri bilmek; özelde OKB'ü, genelde psikiyatrik hastalığı olan bireylerin akıl sağlığı hizmetlerinden nasıl daha iyi yararlanabileceği hakkında düşünme fırsatı sunacaktır. Ayrıca SYAD ile ilişkili etkenleri belirlemek, tedavi arayışında olan bireylerin hangi önceliklerinin olduğunu anlamak ve bu doğrultuda tedavi önceliklerinin belirlenmesi açısından akademik ilgiyi hak etmektedir. Bu gözden geçirme yazısında OKB'ü olan hastalarda tedavi arama davranışı ile ilişkili, Goldberg ve Huxley'in modelinde tanımlanan ilk filtreye daha çok uyan, hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü tartışılacaktır.

HASTALIK İLE İLİŞKİLİ ETMENLER

Başlangıç yaşı ve şekli

OKB'nun ortalama başlangıç yaşı 20 yaş civarındadır. Bununla beraber erkeklerde başlangıç yaşı

TABLO 1. Alan Çalışmalarında OKB Olarak Belirlenen Bireylerde Çeşitli Ülkelere İlişkin Sağlık Yardımı Arama Davranışı Olmayanların Oranları*.

Ülke	Süre	Sağlık yardımı arama davranışı olmayan bireyler
Şili	Son 6 ay	% 27.6
İsrail	Yaşam boyu	% 36.4
A.B.D.	Son 12 ay	% 54.9
Almanya	Yaşam boyu	% 59
İngiltere	Son 12 ay	% 60.0, % 68
Yeni Zelanda	Son 12 ay	% 62.7
Türkiye	Son 12 ay	% 67.6
Meksika	Yaşam boyu	% 92.1
Toplam ortalama		% 59.5

* Bu tablo Robert Kohn'un izni alınarak kullanılmıştır (Kohn ve ark. 2004).

kadınlara oranla biraz daha erkendir (Rasmusen ve Eisen 1992). Olguların % 72'sinde sinsi, % 28'inde kısa sürede başlangıç söz konusudur. Hastaların % 25-65'inde hastalık, doğum, gebelik ya da aile üyelerinden birinin ölümü gibi bazı olaylar ortaya çıkarıcı rol oynar (Lensi ve ark. 1996). SYAD olan hastaların başlangıç yaşı iki ayrı çalışmada sırasıyla 20.7 ve 22.1 olarak bulunurken, SYAD olmayan hastaların başlangıç yaşı 20.0 ve 19.3 olarak bulunmuştur (Mayerovitch ve ark. 2003, Beşiroğlu ve ark. 2004). Her iki çalışmada da SYAD olan ve olmayan hastalar arasında başlangıç yaşı açısından bir fark bulunamamıştır. Belirtilerin hızlı ortaya çıkmasının ve bir yaşam olayıyla ilişkili olarak başlamasının ise, SYAD'nın gerçekleşmesini hızlandırdığı düşünülmektedir (Simonds ve Eliot 2001).

Şiddet

SYAD'nın ortaya çıkmasında hastalık şiddetinin merkezi bir rol oynadığı düşünülmüştür (Burns 1995, Goodwin ve ark. 2002). Beşiroğlu ve arkadaşları (2004) SYAD olan ve olmayan hastalar arasında belirtilerinin şiddeti açısından fark olduğunu bularak bu düşünceyi doğrulamışlardır. Bununla birlikte SYAD olan hastaların obsesyonları daha şiddetli iken, kompulsyonların şiddeti açısından bir fark bulunamamıştır.

OKB; tüm bilişsel, duygusal ve davranışsal bi-

leşenleri ile hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalık şiddeti ile kişinin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi doğrudan ilişkilidir (Koran ve ark. 1996). Özellikle hastalık şiddetine bağlı olarak yaşam kalitesindeki bozulma SYAD'nın gerçekleşmesine neden olabilmektedir. Tüm hastalıklarda olduğu gibi OKB'ü olan hastaların da hastalığın olumsuz etkilerini azaltmak için uyguladıkları başa çıkma tutumları olabilmektedir. Hastalığın şiddeti çok fazla olduğunda ise bu tutumların telafi edici etkisi yeterli olmamakta ve hastalar SYAD'nda olmak üzere çeşitli tıp dışı başvurulara yönelebilmektedir (Mayerovitch ve ark. 2003). Ayrıca hastalık şiddetinin fazla olması ek psikiyatrik bozuklukların gelişmesine katkıda bulunmakta ve tedavi arayışı ikincil oluşan psikopatolojilerle daha fazla ilişkili olabilmektedir (Simonds ve Eliot 2001). Hastaların % 4'ünde belirtilerin şiddeti hastaların evden çıkmalarına bile engel olacak derecede olup, SYAD'nın oluşmasını engellemiş ya da geciktirmiştir (Hollander ve ark. 1998).

Belirtiler

Gibbs (1996), klinik ve klinik olmayan örneklerin aynı belirti yapısını gösterdiğini öne sürer. Benzer şekilde Salkovskis ve Harrison da (1984) aynı fikirdedirler. Bununla birlikte bu sonuçlar resmedilirken klinik olmayan örneklem olarak tanımlanan deneklerin OKB için tanı ölçütlerini

karşılıyıp karşılamadığı bilinmemektedir; klinik olmayan örneklerden kastedilen, alan çalışmalarında öz bildirim ölçeklerinde yüksek puan alan deneklerdir. Purdon ve Clark (1993) ise cinsel ve saldırganlık içerikli obsesyonlara klinik olmayan örneklemde daha az rastlandığını ileri sürmüştür. Mayerovitch ve arkadaşları (2003) yardım davranışı olmayan olgularda şiddet temalı obsesyonlara daha az rastlandığını bulmuşlardır. Benzer şekilde Rasmussen ve Tsuang'da (1986) özellikle hastalığın daha şiddetli algılandığı dönemlerde saldırganlık ve cinsel obsesyonların klinik tabloya hakim olduğu ve bu dönemlerde hastaların SYAD'nın arttığını tanımlamışlardır. Beşiroğlu ve arkadaşları (2004) ise SYAD olan hastalarda saldırganlık ve dini obsesyonların anlamlı olarak daha fazla olduğunu bulmuşlardır.

Saldırganlık, dini ve cinsel obsesyonlarının diğer obsesyonlardan farklı bir doğası bulunmaktadır. Bu obsesyonlar diğerlerine oranla kişinin daha fazla utanabileceği, kendi kişiliğine ve moral değerlerine tamamen aykırı olarak algılandığı, kendini günahkar ve küçük düşmesine sebep olacak şekilde hissettiren düşüncelerdir. Klinik olarak daha fazla rahatsız edici ve daha fazla anksiyete oluşturan bir niteliğe sahiptirler. Bu nedenle bu tür obsesyonlarla ilgili içgörü düzeyi daha fazla olabilmektedir. Bu tür obsesyonlara eşlik eden kompulsiyonlar ve kullanılan başa çıkma tutumları da farklılık gösterebilmektedir. Kirlenme, simetri, kuşku gibi obsesyonları olan hastaların belirtileri ev ortamı içinde ev halkı tarafından daha kolay idare edilebilmektedir. Bu nedenle bu hastaların belirtilerine sıklıkla ev halkı da katılır. Oysa saldırganlık ve cinsel obsesyonları olan hastaların obsesyonları genellikle birinci derece akrabaları ile ilişkili olduğu için bu kişiler düşüncelerini anlatmaktan utanabilir ve belirtilerine yakınlarını ortak edemezler. Bu nedenle belirtilerin utandırıcı, küçük düşürücü doğası nedeniyle yaşanan çaresizlik kişiyi profesyonel yardım arayışına daha kısa zamanda itebilir. Kirlenme, kuşku gibi obsesyonları olan hastalarda ise daha uzun bir dönem idare edilebilir olan belirtiler eşlik eden kompulsiyonların dayanılmaz boyutta olması, ev halkının tepkileri ya da eklenen diğer belirti veya psikopatolojiler ile yardım arayışını doğurabilirler.

Yapılan iki ayrı çalışmada ise kompulsiyonların hem dağılımı hem de şiddeti açısından, SYAD olan ve olmayan hastalar arasında bir fark bul-

namamıştır (Mayerovitch ve ark. 2003, Beşiroğlu ve ark. 2004). Kolada ve arkadaşları (1994) klinik olmayan örneklemde klinik olanlara kıyasla kompulsiyonlardan daha fazla muzdarip olma eğiliminde olduklarını belirtmiştir. Bu durum, kompulsiyonların büyük oranda obsesyonlara ikincil olarak gelişmesi nedeniyle, obsesyonların oluşturduğu anksiyetenin azalmasında rol oynayabileceği ve bu nedenle yardım arama ihtiyacını azaltabileceği şeklinde açıklanmıştır (Mayerovitch ve ark. 2003). Fakat belli bir zaman sonra durdurulamayan kompulsiyonlar da anksiyete kaynağı olurlar.

İçgörü

OKB olan hastalar obsesif kompulsif belirtilerin aşırı ya da anlamsız olduğuna ilişkin tam bir içgörüyü sahip olabilir ya da değişen derecelerde böyle bir farkındalık halinden yoksun olabilirler. Gibbs (1996) hastalık şiddetinden sonra SYAD üzerinde en fazla etkili olan faktörün içgörü düzeyi olduğunu ileri sürmüştür. Beşiroğlu ve arkadaşları (2004) iyi içgörünün SYAD'nın ortaya çıkmasında yaşam kalitesinin etkilenmesi ile birlikte en önemli yordayıcı etken olduğunu bulmuşlardır. Kişiyi tedavi arayışına iten hastalık şiddetinin kendisi değil kişinin hasta olup olmadığı hakkındaki düşüncesi ve hastalığın yaşamına etkisine olan farkındalığıdır. İçgörü düzeyi her hastada farklı olabilmekle birlikte hastalık seyri esnasında da değişebilmektedir (Kozak ve Foa 1993). Türksoy ve arkadaşları (2002) artmış hastalık şiddetinin içgörünün bozuk olması ile ilişkili olduğunu ortaya koyarken Marazziti ve arkadaşları (2002) ise herhangi bir ilişki bulamamıştır. Beşiroğlu ve arkadaşlarının çalışmasında SYAD olan bireylerde Türksoy ve arkadaşlarının bulgusu tekrarlanırken, SYAD olmayan hastalarda şiddet ve içgörü arasında bir ilişkili bulunmamıştır.

Hastalık süresi ve klinik gidiş

OKB kronik seyirli bir hastalık olup hastaların geriye doğru değerlendirilmesi sonucunda önemli bir kısmının (% 85) hastalıklarının başvuru öncesinde süregelen bir seyir gösterdiği tespit edilmiştir (Rasmussen ve Tsuang 1986). Sadece % 10-15'lik kısmı ilerleyici ya da aralıklı seyir göstermektedir. Kesin olarak gösterilmiş olmakla birlikte hastaların obsesyonel belirtilerinin de zaman içinde değişebildiği ifade edilmiştir

(Rasmusen ve Eisen 1992). Ayrıca başlangıçta klinik tabloya obsesyonlar hakim iken, zamanla kompulsiyonlar daha baskın ve şiddetli hale gelebilirler (Okasha ve ark. 1994). Hem Mayerovitch ve arkadaşları (2003) hem de Beşiroğlu ve arkadaşları (2004) hastalık süresinin SYAD'nın ortaya çıkmasında yordayıcı bir faktör olmadığını ortaya koymuşlardır. Tüm bu bulgular ışığında hastalık süresinden çok, zaman içerisinde belirtilerin niteliğindeki değişiklikler ya da hastalığın olumsuz sonuçlarının SYAD ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Ek tanı ve kişilik bozuklukları

Yardım başvurusu olan OKB hastalarının en az % 50'sine başka bir eksen I bozukluğu, en az % 40'ına ise bir kişilik bozukluğu eşlik etmektedir (Baer ve ark. 1990, Pigott ve ark. 1994, Tükel ve ark. 2002). SYAD olan hastalar olmayan hastalara kıyasla daha fazla ek tanı alma eğilimindedir. Beşiroğlu ve arkadaşları (2004) majör depresyon tanısının SYAD olan hastalarda anlamlı olarak daha fazla olduğunu bulurken, regresyon analizlerinde bu farkın tedavi arayışını yordayıcı olmadığını bulmuştur. Goodwin ve arkadaşları (2002) ile Mayerovitch ve arkadaşları (2003) ise panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunu SYAD olanlarda daha fazla tespit etmişlerdir. Özellikle eşlik eden panik bozukluğu tedavi arayışını yordayıcı bir etken olarak tespit edilmiştir. Eşlik eden diğer tanımlar kendilerine özgü yeni etkilerle kişinin yaşam kalitesini daha da olumsuz etkileyerek SYAD'nın oluşmasına neden olabilmektedir.

Bugüne kadar OKB'a eşlik eden kişilik bozukluklarının SYAD'na etkisi ile ilgili herhangi bir çalışma yapılmamış olmakla birlikte, eşlik edebilecek kişilik bozukluğunun, kişinin yaşadığı sorunlara ilişkin içgörü kazanmasını zorlaştıracakı düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi

DSM-IV tanı sisteminin vurguladığı bozukluk "disorder" kavramı organ seviyesinde, nesnel olarak fizyolojik veya ruhsal bir hasarı içeren ve bireyin kendisinde sınırlı olan bir durumu tanımlamaktadır. DSM-IV bir bozukluğun olabilmesi için kişinin hekim tarafından işlevselliğinin bozulduğu düşüncesine varılması şartını da koşmuştur (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Hastalık ise; öznel bir fizyolojik ya da ruhsal bir patolojinin olumsuz

etkilerine olan farkındalığı tanımlamaktadır. Yani bozuklukta nesnel, hastalıkta öznel değerlendirme esastır (Suser 1990). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yaklaşımı, "hastalık yoktur, hasta vardır" ilkesinden hareketle, hastayı bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan etkilenme durumunu ölçme girişimi olarak gelişmiştir (Lehman ve ark. 1983). Yaşam kalitesi "kişinin kendi durumunu, kendi kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tanımlanmıştır (World Health Organization 1997). Kişinin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini kapsar. Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan yaşam kalitesi kavramı içinde fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar yer almaktadır. Yaşam kalitesi kavramı hastalık ve onun oluşturduğu işlevsellik kaybı ile ilişkili olmakla birlikte daha kapsayıcı ve ondan bağımsız olabilmektedir (Suser 1990).

Hastalığın kişinin yaşamı ve sağlığı üzerindeki çok boyutlu etkilerinin öznel olarak ifade edilmesine imkan tanıyan yaşam kalitesini değerlendirme araçları, aynı zamanda hastalığın neden ve sonuçlarının değerlendirilmesinde, kişinin hastalığının etkilerini yorumlama biçimi hakkında bilgi edinme olanakları da sağlayabilmektedir. Bir anlamda içgörünün dolaylı olarak değerlendirilmesine katkıda bulunabilirler. Bu şekilde yaşam kalitesi hakkındaki veriler, doktor-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesinde, tedavi hizmetlerinin seçiminde, tedavi sonuçlarının izlenmesinde, tedavi yöntemlerinin karşılaştırılmasında, hastalıkların doğasının daha iyi anlaşılmasında, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde kullanılabilir (World Health Organization 1997). Ayrıca yardım ihtiyacının oluşmasının kişinin öznel olarak hasta rolünü kendisine ne derecede uygun görmesi ile ilişkili olabileceği göz önüne alındığında, kişiyi SYAD'na iten nedenlerin araştırılmasında da kullanılabilirler.

OKB bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri ile hastaların yaşamlarını birçok yönüyle etkilemektedir (Hollander ve ark. 1998, Calvocoressi ve ark. 1998). OKB olan hastalarda en fazla ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi alanlarında bozulmalar tanımlanmıştır (Koran ve ark. 1996, Beşiroğlu ve ark. 2002). Ruhsal alandaki yaşam kalitesi olumlu-olumsuz duygular, bilişsel yetiler, benlik saygısı ve beden imgesi hakkında iken, bağımsızlık düzeyi alanı kişinin çocuk bakımı, ev işleri, mesleki uygulamalar gibi günlük işlerini, sosyal etkin-

liklerini başkasının yardımı olmadan yürütebilme becerisini ve hayatını devam ettirme konusunda tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyabileceğini yansıtmaktadır. OKB ve şizofreni olan hastaların bu alanlardaki işlevselliğinin benzer şekilde etkilendiği bulunmuştur (Bobes ve ark. 2001). İlgörü düzeyi ile birlikte kişinin öznel bağımsızlık düzeyi algılaması SYAD'nı yordayan en önemli etkenler olarak bulunmuştur (Beşiroğlu ve ark. 2002). Bu anlamda, kişinin hastalık şiddetinin bir sonucu olarak yaşadığı sorunların boyutu ve hem hastalığına hem de sonuçlarına olan farkındalığı SYAD ile ilişkili en önemli etkenler olmaktadır.

OKB'ta hastalığın olumsuz etkilerinin önemli derecede hissedildiği bir diğer alan sosyal ilişkilerdir (Koran ve ark. 1996, Beşiroğlu ve ark. 2002). Evli olan hastaların yaklaşık yarısından fazlasında obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili uyum sorunları ve duygusal açıdan tatminsizlik mevcuttur (Emmelkamp ve ark. 1990). Ellerini yıkayıp yıkamadığı, elektriği kapatıp kapatmadığı gibi endişeleri hakkında tekrar tekrar aile üyelerince onaylanma talepleri olabilir. Aşırı temizlik, sıralama-düzenleme obsesyonları hem kendisinin, hem de aile üyelerinin gündelik yaşamının kısıtlanmasına neden olabilir ya da biriktirme kompulsiyonları sonucunda toplanan gereksiz eşyalarla sıkıcı bir ev ortamı oluşabilir (Calvocoressi ve ark. 1995). Aile üyelerinin % 87'si için törensel davranışların çok sıkıcı bir durum haline geldiği saptanmıştır (Cooper 1996). Ailelerin üçte birinden fazlasının rutin ev düzenlerinde hastaların belirtilerine uygun değişiklikler olmaktadır (Calvocoressi ve ark. 1995). Sıklıkla aile için katlanılması zor, bıktırıcı olan bu durumlara ailenin direnmesi durumunda, hastalarda öfke patlamaları, anksiyetede artma ya da depresif belirtiler olabilir. Bu durumlardan etkilenerek aile üyeleri de kendilerini suçlayabilirler (Koran 2000). Hastaların % 73'ünün cinsel yaşamlarında sorunlarda yaşanmaktadır (Freund ve Stekete 1989). Aile içi iletişim sorunları, duygusal katılımın sağlanamaması, cinsel yaşamda zorluklar, boş zamanların değerlendirilememesi, suçluluk duyguları gibi ek sorunlar hem hastanın hem de aile bireylerinin psikolojik ve sosyal işlevselliğini etkilemektedir (Black ve ark. 1998). OKB'nun hastaların aile yaşamlarına olumsuz etkisi en az şizofreni ve depresyon kadar ağır olmaktadır (Magliano ve ark. 1996). OKB'lu hastalar yakınları için katlanılması zor, bıktırıcı hale gelebilen törensel davranışları nedeniyle sıklıkla baskı-

ya maruz kalmaktadırlar (Koran 2000). Bu durum, kişinin hastalığı arttıkça üzerindeki sosyal baskının arttığını hissetmesi ve artan baskı sonucu hastalığının daha da pekişmesine neden olabilir. OKB'nin kişinin aile yaşamına ve sosyal işlevselliğine olumsuz etkileri kişinin kendi isteği olmasa bile yakınlarının baskısı ile SYAD ortaya çıkmasına neden olabilir. Hastaların % 28'i ailenin kompulsiyonları fark ederek müdahale etmesi neticesinde SYAD'nda bulunduğunu ifade etmiştir (Kıran 2004).

HASTALIK İLE İLİŞKİLİ OLMAYAN ETKENLER

Yaş, cinsiyet, medeni durum

Goodwin ve arkadaşları (2002) ileri yaşlarda olanların genç hastalara oranla sağlık hizmetlerini kullanma konusunda daha istekli olduklarını bulmuşlardır. Cinsiyet açısından SYAD olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Goodwin ve ark. 2002, Mayerovitch ve ark. 2003, Beşiroğlu ve ark. 2004). Okasha ve arkadaşları (1994) batılı olmayan bazı ülkelerde sosyokültürel sebeplerle ilişkili olarak erkeklerin daha fazla başvuru eğiliminde olduğunu, bunun sebebinin kadınların problemlerinin ikinci planda kalması, erkeklerin problemlerinin öncelikli olarak ele alınması nedeniyle olduğunu belirtmiştir. Ayrıca ev kadınlarının belirtileri ev içinde idare edilebilir iken, erkekler dışarıda daha fazla zaman geçirdikleri için dış koşullarda belirtilerinin idare edilebildiği bir ortam yaratmakta zorlanmaları nedeniyle daha fazla başvurma eğiliminde olabilirler.

SYAD olan hastalarda evli olma oranları anlamlı olarak daha fazla bulunurken, SYAD olmayanlarda ise hiç evlenmemiş olma oranları daha fazla bulunmuştur (Goodwin ve ark. 2002). Bu durum, evli olan hastalarda obsesif kompulsif belirtilere bağlı olarak sosyal ilişkilerin daha fazla bozulması ya da yaşanan sorunlara ilişkin farkındalık düzeyinin daha fazla olması ile açıklanabilir.

İrk, sosyoekonomik düzey, eğitim

Barker ve arkadaşları (1990) tüm akıl hastalıkları için düşük sosyal sınıflarda olanların daha az yardım arama eğiliminde olduklarını ifade etmiştir. Azınlık olma, düşük sosyoekonomik düzey birçok hastalıkta olduğu gibi OKB'ta da sağlık hizmetlerinin daha az kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (Goodwin ve ark. 2002). Eğitim düzeyi ile SYAD'nın ortaya çık-

ması arasında bir ilişki bulunmazken (Goodwin ve ark. 2002, Beşiroğlu ve ark. 2004), tedavi arayışı olmayan kişiler arasında obsesif kompulsif belirtiler için tedavi araması gerektiğini düşünme ile yüksek eğitim düzeyine sahip olmanın daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur (Goodwin ve ark. 2002).

Akıl sağlığı bilgisi

Akıl sağlığı bilgisi (mental health literacy) kavramı akıl hastalıklarının tanınması, idaresi ve önlenmesi ile ilgili bilgi, inanç ve tutumlar olarak tanımlanmıştır. İlk defa Jorm (2000) tarafından kullanılan bu kavramın çeşitli yönleri tarif edilmiştir.

a. Psikolojik sorunları ya da psikiyatrik hastalıkları tanıma yeteneği;

OKB’ta yaşanan zorlayıcı, istenmeyen ve benliğe yabancı düşünce, imge ya da dürtüler sağlıklı kişilerde de sıklıkla görülebilmekle birlikte, benliğe daha az yabancı, zihinden kolay atılan, belirsiz sıkıntı oluşturmeyen ve önemli yansızlaştırma (nötralizasyon) çabası gerektirmeyen düşünceler olarak yaşanır (Insel 1990). Bilişsel yaklaşıma göre iki durum arasında bir devamlılık vardır (Rachman ve De Silva 1978). Yani bir hastalık belirtisi olan obsesyon hiçbir şeyden değil, başlangıçta niteliksel olarak daha az şiddette yaşanan düşünce sokulmalarının devamı olarak oluşur. İki durum arasındaki keskin olmayan ayırım hastalık olarak yorumlanması gereken belirtilerin normal bir yaşam olayı gibi düşünülmesine ve bu durum için profesyonel bir yardıma ihtiyacı olduğuna karar verilememesine neden olabilir. Ayrıca hastalığın kendi doğasından kaynaklanan içgörü azlığı da bu tanımayı zorlaştırmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada (Kıran 2004) hastaların % 56’sı, bir yurt dışı çalışmada % 34’ü (Hollander ve ark. 1998) yaşadığı sorunların bir psikiyatrik hastalıktan kaynaklandığını düşünmediğini ifade etmiştir. OKB’ya özgü temizlik ile ilişkili obsesyon ve kompulsyonların bir erdem gibi görülüp “titizlik” ile açıklanma eğilimi ya da kişilerin dini ibadetleri sırasında gerektiğince yapıp yapmadığı hakkındaki obsesyon ve kompulsyonların dini bir tanım olan “vesvese” kavramı ile açıklanma eğilimi OKB’nun tıbbi bir durum olarak algılanmasını zorlaştırmaktadır. Hastaların, belirtileri başlangıçta önemsememesi, kendiliğinden düzlebileceği düşüncesi de ayrıca SYAD’nın oluşma-

masına neden olabilmektedir (Hollander ve ark. 1998).

b. Psikiyatrik hastalıkların sebepleri ve risk etkenleri hakkında bilgi ve inançlar

Birçok toplumda, yaşanan psikiyatrik sorunları stresli yaşam olayları ile açıklamaya eğilim vardır. Biyolojik etkenlerin rolü yeterince bilinmemektedir (Link ve ark. 1999). Yaşanan durum, hasta tarafından olmasa bile sıklıkla çevresi tarafından dinsel nedenler ya da doğa üstü olaylarla ilişkilendirilmektedir (Okasha ve ark. 1994, Kıran 2004). Bu durum kişinin yaşadığı sorunlara yaklaşım tarzını, başa çıkma tutumlarını ve çözüm arama yollarını etkilemektedir (Razali ve ark. 1996).

c. Başa çıkma tutumları

“Başa çıkma” bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (Folkman 1984). Söz konusu durumlara karşı kişinin kullandığı başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilir. Freeston ve arkadaşları (1995) obsesif-kompulsif belirtilere karşı hastaların 15 farklı başa çıkma tutumunu tanımlamış ve tamamının uyuma yönelik olmadığını tespit etmişlerdir. Hastalık şiddeti daha az iken başa çıkma konusunda etkili olan tutumlar hastalık şiddetlendikçe etkinliğini kaybetmekte ve kişi yeni çare arayışlarına girebilmektedir (Purdon ve Clark 1994).

d. Profesyonel yardım olanakları hakkında bilgi, inanç ve tutumlar

Tüm dünyada ruhsal hastalıkların ilaçla tedavisine karşı olumsuz tutumlar olabilmektedir. Özellikle psikotrop ilaçların yan etkileri, uyuşukluk ya da bağımlılık yapacağı, kesin tedavi sağlamayıp sadece belirtilere yönelik olduğu ile ilgili inançlara birçok ülkede yaygın bir şekilde rastlanmaktadır (Jorm 2000). Fischer ve arkadaşları (1999) psikotrop ilaçlara ilişkin tutumları genel olarak ruhsal hastalıklar için SYAD’nı engelleyen en önemli engel olarak tanımlamışlardır. OKB’u olan hastaların % 25’i bu gerekçe ile SYAD’nda bulunmadıklarını ifade etmiştir (Hollander ve ark. 1998). Ayrıca hastaların bir kısmı (% 7) sorunu kendi başına çözebileceği düşüncesi ile SYAD’da bulunmamaktadır (Kıran 2004).

e. Uygun tedavi yollarını bulmayı engelleyen tutumlar

Psikiyatrik hastalar ve yakınları, hastalığı zayıflık ve metanetsizliğin göstergesi olarak yorumlayıp ya da sosyal konumlarının zedeleneceğini düşünerek damgalanma (stigmatizasyon) endişesini yoğun olarak yaşamaktadırlar. Psikiyatrik yardım arama davranışı öncesinde en yakınlarına bile şikayetlerini anlatmakta zorlanırlar (Jorm 2000). OKB olan hastalar belirtilerin kendine özgü doğası nedeniyle tutuklanma, iradesizlikle suçlanma korkusu, utanma ya da anlatıldığında düşüncelerinin gerçekleşeceği gibi yoğun endişeler nedeniyle belirtilerini gizleyebilirler (Salkovskis 1989). Ülkemizde yapılan çalışmada hastaların % 30'u belirtilerini saçma bularak diğer insanların değerlendirmesinden çekindiği ya da utandığı için SYAD'nda bulunmadığını ifade etmiştir (Kıran 2004). Hollander ve arkadaşları (1998) OKB'lu hastaların % 13'ünün, Goodwin ve arkadaşları (2002) ise % 20'sinin aynı gerekçeyi öne sürdüğünü belirtmişlerdir. Rasmussen ve Tsuang (1984) hastaların SYAD'nda bulunmalar bile daha az kınanabileceğini umdukları ya da daha az tuhaf bulunacağına inandıkları belirtilerinden bahsettiklerini, diğerlerini ise sakladıklarını belirtmiştir. Hastaların % 38.5'i belirtilerini sorulmadan ifade edememektedir (Kıran 2004). Batılı olmayan ülkelerde hasta ve yakınları hastalık hakkında yanlış tutumlar neticesinde damgalanma endişesi yaşarken, gelişmiş ülkelerde sosyal çevresini ya da işini kaybedeceği korkuları daha ön planda olabilmektedir (Jorm 2000).

f. Ruh sağlığı hizmetleri dışında başvurular

Manevi inançlar OKB'ta hastalık ile başa çıkmada yardımcı olabilmekle birlikte bazen hastalığa karşı yanlış tutumlar alınmasına yol açabilir (Insel 1990). Ülkemizde OKB olan hastaların % 33'ü SYAD öncesinde doktor dışı (hoca, cinci ya da üfürükçü gibi) başvurusu olduğunu ifade etmiştir (Kıran 2004). Çoğu toplumda sosyokültürel ortamın etkisiyle hastalar bu tip davranışlara yönelmektedirler (Okasha 2004). OKB'lu hastaların diğer psikopatolojilere oranla bu tür davranış eğilimlerinin daha fazla olduğu değerlendirilmiştir. Tüm ruhsal hastalıklar göz önüne alındığında ise Ankara'da hastaların % 1'i, Erzurum'da % 14'ü ilk başvurularını bu yolla gerçekleştirmiştir (Kılıç ve ark. 1992, Kırpınar ve ark. 1994).

Tüm ruhsal hastalıklarda olduğu gibi OKB olan

hastalar da ruh sağlığı hizmetleri dışında yardım arama eğiliminde olabilirler. Psikiyatrik problemlerini daha anlaşılabilir ve daha az kınanabileceğini umdukları bedensel şikayetlerle ifade etme eğilimi nedeniyle psikiyatrist dışı hekimlere başvurabilirler. Cilt hastalıklarının hem psikosomatik doğası hem de OKB olan hastalarda aşırı yıkama gibi belirtiler nedeniyle oluşan egzema türü hastalıklar bu başvuruları açıklamaktadır (Fineberg ve ark. 2004). Doktorun obsesyonel belirtileri ayrıca sorgulamaması durumunda hastalar belirtilerini kendiliğinden açıklamamaktadırlar. Ruh sağlığı birimlerinde bile hastaların % 38'inin belirtilerini sorulmadan ifade edemediği bulunmuştur (Kıran 2004). Ayrıca hastaların eşlik eden diğer psikiyatrik durumlara ilişkin belirtileri daha fazla vurgulaması ve somatik belirtilerini ön plana çıkarması gibi nedenlerle hekimler obsesif-kompulsif belirtileri atlayabilmektedirler. Millar ve Tallis (1999) pratisyen hekimlerin OKB olan hastaların % 83'ünü tanıyamadıklarını tespit etmiştir.

g. Diğer etmenler

Kişinin sağlık hizmetlerine ulaşabilme imkanları, alabildiği veya alabilmeyi umduğu hizmetlerin kalitesi ve bütünlüğü hakkında görüşleri, sağlık hakkında yeni bilgi ve beceriler edinme imkanları, ulaşım sorunları, gelir düzeyi, gönüllü grupların toplumsal desteği ve sağlık güvencesinin olmaması gibi etmenler SYAD ile ilişkili olabilmektedir (Simonds ve Elliot 2001, Goodwin ve ark. 2002). Tüm bu etmenler OKB'a özgün olmaksızın tüm ruhsal hastalıklar için kişilerin yardım arama davranışını etkileyebilirler.

SONUÇ

Tüm psikiyatrik hastalıklarda olabileceği gibi OKB'ta da hastalık ve hastalık dışı etkenler karşılıklı etkileşim içerisinde SYAD üzerinde etkili olabilmektedirler. Bununla birlikte bir etken ön plana çıkarak diğerlerinden bağımsız olarak tek başına SYAD'ı yordayan bir etken olabilir. Örneğin kişinin sosyal güvencesinin olmaması her şeyin önünde olabilir. Hastalık ile ilişkili ve ilişkili olmayan etkenlerin tümünü hesaba katan bir çalışmanın yapılması oldukça zor görünmektedir. Beşiroğlu ve arkadaşlarının çalışmasında hastalık dışı etmenlerin etkisinin dışlanması sadece hastalığa ilişkin etmenlerin etkisinin değerlendirilmesi için bir fırsat sunmuştur.

OKB hem sık görülen bir hastalık olması hem de kişinin kendisine ve çevresine etkisi göz önüne alındığında bir halk sağlığı sorunu olagelmıştır. Dünyada en fazla yeti yitimi oluşturan 10 hastalıktan beşi psikiyatrik hastalık olmasına rağmen iletişim imkanlarının oldukça geliştiği bu dönemde psikiyatrik hastalıklara ilişkin bilgiler hala topluma yeterince sunulmamaktadır. Tablo 1’de görüldüğü gibi ülkemizde yardım aramama oranlarının, çoğu ülkeden fazla olduğu dikkate alındığında, bu konunun ülkemiz açısından daha ivedilikle ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Bu konuda ilk olarak genelde toplumun ve ayrı ayrı meslek gruplarının OKB’ya karşı tutumlarını belirlemek ve olumsuz olduğu saptanan tutumları hedef alarak belirlenen gruplarda bilgilendirmeye yönelik

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN ve ark. (1990) Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 47:826-830.

Barker C, Pistrang N, Shapiro DA ve ark. (1990) Coping and help-seeking in the UK adult population. *Br J Psychiatry*, 29: 271-285.

Bebbington PE, Brugha TS, Meltzer H ve ark. (2000) Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. *Psychol Med*, 30:1369-1376.

Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşkın R ve ark. (2002) Obsesif kompulsif bozukluk ve yaşam kalitesi. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Kongre Bildirileri Özet Kitabı, s. 184-185.

Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşkın R ve ark. (2004). The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 45: 99-108.

Black DW, Gaffney, Schlosser S ve ark. (1998) The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: preliminary findings. *J Nerv Ment Dis*, 186: 440-442.

Bobes J, González MP, Bascaran MT ve ark. (2001) Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*, 16: 239-245.

Calvocoressi L, Lewis B, Harris M ve ark. (1995) Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152: 441-443.

Calvocoressi L, Libman D, Vegso SJ ve ark. (1988) Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatr Serv*, 49: 379-381.

Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R ve ark. (2004) 12 month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*, 45:367-374.

Cooper M (1996) Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *Am J Orthopsychiatry*, 66: 296-304.

Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark. (1995) Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, 1. baskı, Sivas. Dilek Matbaası, s. 50-52.

çeşitli eğitim kampanyaları ve konferanslar düzenlemek, hastalığın tanınması ve hastalığa karşı olumlu tutumların inşa edilmesi için yararlı olacaktır. İkinci olarak, birinci basamakta bu hastalığın tanınması yönünde pratisyen hekimlerin bilgi ve becerilerini artırmak amacıyla çalışmalar yapılması gerekmektedir. Tüm ruhsal hastalıklar dikkate alındığında ise tedavi arama davranışının önündeki genel engellerin (hastalık ile ilişkili olmayan) tanımlanması da genel ruh sağlığı politikalarının belirlenmesinde yardımcı olacaktır. Bu konu ile ilgili olarak yaşam kalitesi kavramına ilişkin Dünya Sağlık Örgütü’nün güncel yaklaşımlarına dayanan çalışmaların yapılması hem ülkemiz için bölgesel hem de uluslararası karşılaştırmalara imkan tanıyacaktır.

Emmelkamp PMG, de Haan E, Hoogduin CAL ve ark. (1990) Marital adjustment, and obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 156:55-60.

ESEMeD/MHEDEA 2000 Araştırmacıları (2004) European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*, 420 (Suppl.):47-54.

Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1997) Türkiye Ruh Sağlığı Profili. 1. baskı. Ankara. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Fineberg NA, O’Doherty C, Rajagopal S ve ark. (2003) How common is obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic? *J Clin Psychiatry*, 64:152-155.

Fischer W, Goerg D, Zbinden E ve ark. (1999) Determining factors and the effects of attitudes towards psychotropic medications. *The Image of Madness: The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*, Guimon J. Fischer W, Sartorius N (Ed), Basel. Karger, s. 162-186.

Folkman S (1984) Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*, 46: 839-852.

Freeston MH, Ladouceur R, Provencher M ve ark. (1995) Strategies used with intrusive thoughts : Context, appraisal mood and efficacy *J Anxiety Disord*, 9: 201-215.

Freund B, Steketee G (1989) Sexual history, attitudes and social functioning of obsessive-compulsive patients. *J Sex Marital Ther*, 1: 31-41.

Gibbs NA (1996) Non-clinical population in research on obsessive-compulsive disorder. A critical review. *Clin Psychol Review*, 16: 729-773.

Goldberg D, Huxley P (1992) Common Mental Disorders: A Bio-social Model. Tavistock/Routledge, London/New York, s.30-52.

Goodwin R, Koenen KC, Hellman F ve ark. (2002) Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 106: 143-149.

Hollander E, Stein DJ, Kwon JH ve ark. (1998) Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*, 3(Suppl. 1) 48-58.

Insel TR (1990) Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 51(Suppl. 2) 4-8.

- Jorm AF (2000) Mental health literacy: public knowledge beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*, 177: 396-401.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB ve ark. (1988) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US Communities. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1094-1099.
- Kessler RC, Olfson M, Berglund PA ve ark. (1998) Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, 155:62-69.
- Kılıç C, Rezaki M, Üstün B ve ark. (1992) Ankara'da ruh sağlığı hizmetine ulaşım yolları. *Türk Psikiyatri Derg*, 3: 190-198.
- Kıran U (2004) Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda obsesyonların bilinçli olarak saklanması. Van, Uzmanlık Tezi.
- Kırpınar İ, Çayköylü A, Kuloğlu M ve ark. (1994) Erzurum'da ruh sağlığı birimlerine ulaşım yolları. *Türk Psikiyatri Derg*, 5: 175-181.
- Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ ve ark. (1997) Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM-III-R ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. *3P Dergisi*, 5:253-265.
- Kohn R, Saxena S, Levav I ve ark. (2004) The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004; 82:858-866.
- Kolada JL, Bland RC, Newman SC ve ark. (1994) Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 376: 24-35.
- Koran LM (2000) Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 23: 509-517.
- Koran LM, Thienemann ML, Davenport R ve ark. (1996) Quality of life for patients with obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 153: 783-788.
- Lehman AF, Mand NC, Linn LS ve ark. (1983) Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry*, 10: 1271-1276.
- Lensi P, Cassano GB, Correddu RS ve ark. (1996) Obsessive-compulsive disorder Familial-development history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*, 169:101-107.
- Link BG, Phelan JC, Bresnahan M ve ark. (1999) Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*, 89:1328-1333.
- Magliano L, Tosini P, Guarneri M ve ark. (1996) Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Eur Psychiatry*, 11:192-197.
- Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E ve ark. (2002) Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry*, 17: 407-410.
- Mayerovitch JI, du Fort GG, Kakuma R ve ark. (2003) Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Compr Psychiatry*, 44:162-168.
- Millar T, Tallis F (1999) Obsessive-compulsive disorder detection in general practices. *Clin Psychol Forum*, 134: 4-8.
- Myers JK, Weissman MM, Tischler GL ve ark. (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry*, 41: 959-967.
- Okasha A, Saad A, Khalil AH ve ark. (1994) Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. *Compr Psychiatry*, 35: 191-197.
- Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B ve ark. (1994) Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*, 55(Suppl.10):15-27.
- Purdon C, Clark DA (1993) Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects: part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav Res Ther*, 31: 713-720.
- Purdon C, Clark DA (1994) Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects: Part II. Cognitive appraisal, emotional response, and thought control strategies. *Behav Res Ther*, 32: 403-410 .
- Rachman S, De Silva P (1978) Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*, 16: 233-248.
- Rasmussen SA, Eisen JK (1992) The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 15: 743-758.
- Rasmussen SA, Tsuang MT (1986) Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 143: 317-322.
- Razali SM, Khan UA, Hasanah CI ve ark. (1996) Belief in supernatural causes of mental illness among Malay patients: impact on treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 94:229-233.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS ve ark. (1993) The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*, 50:85-94.
- Salkovskis PM (1989) Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*, 27:677-682.
- Salkovskis PM, Harrison J (1984) Abnormal and normal obsessions-a replication. *Behav Res Ther*, 22: 549-552.
- Shapiro SS, Kinner EA, Kessler LG ve ark. (1984) Utilization of health and mental health services. *Arch Gen Psychiatry*, 41:971-978.
- Simonds LM, Elliot S (2001) OCD patients and non-patient groups reporting obsessions and compulsions: phenomenology, help-seeking, and access to treatment. *Br J Med Psychol*, 74: 431-449.
- Suser M (1990) Disease, illness, sickness; impairment, disability and handicap. *Psychol Med*, 20: 471-473.
- Tukel R, Polat A, Ozdemir O, Aksut D (2002) Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 43:204-209.
- Turksoy N, Tukel R, Ozdemir O ve ark. (2002) Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*, 16: 413-423.
- Whitaker A, Johnson J, Shaffer D ve ark. (1990) Uncommon troubles in young people. *Arch Gen Psychiatry*, 47:487-496.
- World Health Organization (1997) WHOQOL, Measuring Quality of Life. World Health Organization, WHO/MSA/MNH/PSF/4.
- World Health Organization (1999) The "newly defined" burden of mental problems. Geneva, WHO.