

Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikofarmakolojik Tedavinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Dr. Lütfullah BEŞİROĞLU¹, Dr. Faruk UĞUZ², Dr. Ertan YILMAZ³, Dr. Mehmet Yücel AĞARGÜN⁴,
Dr. Rüstem AŞKIN⁵, Dr. Adem AYDIN⁶

Özet / Abstract

Amaç: Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) kişinin aile ile ilgili, akademik, mesleki ve sosyal işlevselliğini belirgin olarak etkileyen bir hastalıktır. Bu çalışmada psikofarmakolojik tedavinin hastaların yaşam kalitesine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: DSM-IV tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konan 53 erişkin hasta Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) ile değerlendirildi. Hastaların her birine geliş sırasına göre sertralin 100-200 mg/gün, fluvoxamin 200-300 mg/gün ya da paroksetin 40-80 mg/gün tedavilerinden biri 12 hafta boyunca uygulandı. Hastaların %68'i (n=36) 12 hafta sonra YBOKÖ, HDDÖ ve WHOQOL-BREF TR ile tekrar değerlendirildi.

Bulgular: Tedavi sonrası obsesyon, kompulsiyon ve depresif belirtilerin şiddeti tedavi öncesi değerlerden anlamlı olarak daha düşük bulundu. Yaşam kalitesi ile ilgili analizlerde tedavi öncesi psikolojik sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı puanları ile tedavi sonrası puanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. Tedavi sonrası psikolojik sağlık alan puanı tedavi öncesi depresyon şiddeti ile anlamlı derecede ilişkili bulunurken ($r=-0.35$, $p<0.05$) sosyal ilişkiler puanı ise tedavi öncesi aynı alan puanı ($r=0.63$, $p<0.001$) ve kompulsiyon şiddeti ($r=-0.37$, $p<0.05$) ile ilişkili bulundu. Çoklu regresyon analizleri ile tedavi sonrası sosyal ilişkiler puanı tedavi öncesi kompulsiyon şiddeti ile ilişkili bulunurken, diğer tedavi sonrası yaşam kalitesi alan puanları ile ilişkili tedavi öncesi bir değişken bulunmadı.

Sonuç: Tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde klinik bakış açısı ve nesnel değerlendirmelerin esas alınması, yaşam kalitesi değerlendirmelerinden ise bu yaklaşımlara destek olarak yararlanılması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, psikofarmakoloji, seçici serotonin geri alım engelleyicileri, yaşam kalitesi, psikolojik sağlık, tedavi

SUMMARY: Psychopharmacological Treatment and Quality of Life in Obsessive Compulsive Disorder

Objective: Obsessive compulsive disorder (OCD) is an illness that considerably influences the family, academic, occupational and social functioning of patients. In this study, we aimed to investigate the impact of psychopharmacological treatment on quality of life in patients with OCD.

Method: Using the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and the World Health Organization Quality of Life Measurement Instrument Short Form, Turkish Version (WHOQOL-Bref TR) we assessed 53 patients who met the DSM-IV criteria for OCD to establish baseline values. 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 36 (68%) of the initial group after 12 weeks.

Results: The scores of obsession, compulsion and depression severity at follow-up were significantly lower than those of baseline scores. There is no significant difference between the pre and post-treatment quality of life domain scores. While psychological health scores at follow-up was significantly associated with baseline HDRS scores ($r=-0.35$, $p<0.05$), social relationship scores at follow-up was significantly associated with baseline social relationship scores ($r=0.63$, $p<0.001$) and compulsion scores ($r=-0.37$, $p<0.05$). Regression analyses revealed that social relationship scores at follow-up was associated with baseline compulsion severity whereas other follow-up quality of life domain scores were not predicted by any baseline variable.

Conclusions: Clinical viewpoint and objective evaluations should be essential in the evaluation of treatment outcome, and quality of life researches may be important complement to clinical researches.

Key Words: Obsessive compulsive disorder, psychopharmacology, selective serotonin reuptake inhibitors, quality of life, psychological health, treatment

¹Yrd. Doç., ⁴Prof., ⁶Araş. Gör., Yüzüncü Yıl Ü Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Van. ²Yrd. Doç., ³Araş. Gör., ⁵Prof., Selçuk Ü Meram Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Konya.
Dr. Lütfullah Beşiroğlu, e-posta: lbesiroglu@yyu.edu.tr

GİRİŞ

Uzun yıllar "sağlıklılığın" değerlendirilmesinde ya da sağlığın ölçümünde morbidite, mortalite ve beklenen yaşam süresi gibi niceliksel kavramlar esas alınmıştır (Eser ve ark. 1999a). Bu terimler fizyolojik veya ruhsal bir hasarın ya da işlev bozukluğunun yalnızca bireyin kendisinde nesnel olarak saptanan etkisine atıfta bulunmaktadır. (Suser 1990). Bu yaklaşıma koştur olarak ruhsal hastalıklarda tedaviye yanıt oranları ve yanıt ile ilişkili olan etmenleri araştıran çalışmaların büyük çoğunluğunda, incelenen değişkenler de niceliksel olarak değerlendirilmiştir (Gill ve Feistein 1994). Son yıllarda bu yaklaşımın sağlıklılığın değerlendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış, fizyolojik ya da ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında kişinin öznel değerlendirmesi ve farkındalığı önem kazanmıştır (Lehman ve ark. 1983). Bunun sonucu olarak iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir kılma girişimleri artmış, sağlığın ekonomik, sosyal ve benzeri farklı boyutları da değerlendirme kapsamına alınmıştır (WHOQOL Group 1994, Eser ve ark. 1999, World Health Organization 1997).

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri ile kişinin aile ile ilgili, mesleki ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen süregelen bir rahatsızlıktır (Hollander ve ark. 1998). Psikiyatrik hastalıklar içinde fobiler, madde kullanımı ve duygulanım bozukluklarından sonra dördüncü sıklıkta gelmektedir (Karno ve ark. 1988). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise yaşam boyu yaygınlığı %2.5–6.2, 12 aylık yaygınlığı %0.5–5.6 arasında bulunmuştur (Doğan ve ark. 1995, Erol ve ark. 1997, Kırpınar ve ark. 1997, Çilli ve ark. 2004).

Son yıllarda OKB'nin ilaç tedavisi ile ilgili olarak önemli gelişmeler sağlanmasına rağmen, hastaların %40–60'ının tedaviye yeterli derecede yanıt vermediği anlaşılmaktadır (McDonough ve Kennedy 2002). Hem toplumda yüksek görülme oranı hem de hastalık ile oluşan belirgin işlevsellik kaybına rağmen bazı olgularda yetersiz tedavi yanıtı, hastalığı kişi için bireysel ve toplumsal anlamda bir yük haline getirmektedir. 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). Bu açıdan OKB ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki son yıllarda giderek daha fazla ilgi çekmektedir. OKB' de yaşam kalitesini kesitsel olarak araştıran çalışmalarda en fazla etkilenen alanlar psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve bağımsızlık düzeyi olarak bulunmuştur (Koran ve ark.

1996, Bobes ve ark. 2001). Bobes ve arkadaşları (2001) OKB ve şizofreni olan hastaların işlevselliğinin benzer şekilde etkilendiğini bulurken, Stengler-Wenzke ve arkadaşları (2006) ise OKB olan hastalarda psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarında şizofreni hastalarına oranla daha olumsuz etkilenme olduğunu bulmuşlardır.

OKB'de yaşam kalitesi hakkındaki verilerden hastalığın doğasının daha iyi anlaşılmasında, doktor-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesinde, tedavi hizmetlerinin seçiminde, tedavi sonuçlarının izlenmesinde ve tedavi yöntemlerinin karşılaştırılmasında yararlanılabileceği düşünülmektedir. OKB'de tedavinin yaşam kalitesine etkisini araştıran çalışmalar yeterli olmayıp bu konuda ülkemizde yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda, bu çalışmada ilk defa psikiyatrik yardım arayan OKB hastalarında tedavinin yaşam kalitesine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca tedavi sonrası yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkili olması beklenen tedavi öncesi değişkenlerin tedavi sonrası yaşam kalitesi ile ilişkisi araştırılmıştır.

YÖNTEM

Selçuk Üniversitesi Hastanesi psikiyatri polikliniğine ardışık olarak başvuran 53 erişkin OKB hastası (13 erkek, %25; 40 kadın %75) (yaş ortalaması=32.7±12.2) çalışmanın örneklemini oluşturdu. Hastalar için çalışmaya alınma ölçütleri; a) DSM-IV tanı ölçütlerine göre tanı konmuş olması, b) çocukluk çağında sekel bırakan bir hastalık ya da kafa travması geçirmemiş olması, nörolojik bozukluk veya zekâ geriliğinin olmaması, c) görüşme esnasında veya geçmişte DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni, diğer psikotik bozukluklar, madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı tanısı almamış olması, d) yaşam kalitesini belirgin olarak etkileyecek ciddi bir süregelen fiziksel hastalığının olmaması (kanser, böbrek yetmezliği, diabetes mellitus, iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, epilepsi, astım), e) 18–60 yaşları arasında olması, f) okuma yazma biliyor olması, g) gebe ya da bebek emziriyor olmaması ve h) ilk defa psikiyatrik yardım arıyor olması ve son 2 ay içinde herhangi bir psikotrop ilaç kullanmaması (psikiyatrist dışında hekimler tarafından reçetelenen) olarak belirlendi.

Gereçler

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

Hastalarda DSM-IV'e göre Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanımlarını araştırmak için görüşmecinin uyguladığı yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır (First

TABLO 1. Örneklemenin Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.

	n=36
Cinsiyet n (%)	
Kadın	28 (77.8)
Erkek	8 (22.2)
Medeni Durum n (%)	
Bekar	13 (36.1)
Evli	21 (58.3)
Boşanmış-dul	2 (5.6)
Öğrenim Durumu n (%)	
İlköğrenim	18 (50.0)
Ortaöğrenim	11 (30.6)
Yükseköğrenim	7 (19.4)
Yaş, Ortalama±SS	31.6±11.3
Başlangıç yaşı, Ortalama±SS	23.2±9.5
Hastalık süresi (yıl), Ortalama±SS	8.4±9.9
Eksen-I Eştanı, n(%)	23 (63.8)
Major depresyon	15 (41.6)
Bipolar bozukluk	1 (2.7)
Distimik bozukluk	5 (13.8)
Panik bozukluğu	5 (13.8)
Yaygın anksiyete bozukluğu	8 (22.2)
Sosyal fobi	6 (16.7)
Basit fobi	8 (22.2)
Post travmatik stres bozukluğu	4 (11.1)
Beden dismorfik bozukluğu	2 (5.5)

ve ark. 1997). Hastalık süresi, aile öyküsü, fiziksel hastalıkların varlığı gibi değişkenlerin de araştırılmasına olanak tanımaktadır. SCID-I'nin Türkçeye uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ)

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır fakat toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde (madde1b ve 6b dışında) kullanılır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Ayrıca ölçeğin yanında belirti dağılımını araştırmaya yönelik Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır.

11. madde ile hastaların içgörüsü değerlendirilebilmektedir. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenilirlik çalışmaları Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (1993) ve Tek ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

Hastalarda depresif belirtilerin şiddetini ölçmek üzere Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiş ve Williams (1978) tarafından yapılandırılmış hale dönüştürülmüştür. Bu çalışmada 17 maddelik formu kullanılmıştır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmekte ve görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Türkçeye geçerlik-güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)

WHOQOL-BREF-TR, çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkısıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır (WHOQOL Group 1994). Yirmi altı soru ve 4 alanı kapsamaktadır (World Health Organization 1997). Bu 4 alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır. Kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin yorumunu içermektedir. Fiziksel alanda gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan, olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır. Alan puanları 4-20 arasında ve 0-100 arasında ayrı ayrı hesaplanabilmektedir (WHOQOL Group 1998). Ölçeğe ait bir toplam puan hesaplanmamaktadır. Bu çalışmada 4-20 arası puanlar kullanılmıştır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları (1999 a,b) tarafından yapılmıştır.

Uygulama ve istatistik analiz

Başlangıçta tüm hastalar OKB ve diğer eksen-I bo-

TABLO 2. Tedavi Öncesi ve Sonrası Ölçümlerin Karşılaştırılması.

	Tedavi öncesi (Ort±SS)	Tedavi sonrası (Ort±SS)	İstatistiksel analiz
YBOKÖ Obsesyon	13.0±3.0	8.7±3.7	t=7.2, p<0.001
YBOKÖ Kompülsiyon	13.5±2.9	8.6±5.0	t=7.6, p<0.001
YBOKÖ Toplam	26.2±5.0	17.2±8.3	t=8.7, p<0.001
HDDÖ	11.1±6.7	5.9±5.0	t=8.9, p<0.001
Fiziksel sağlık	12.5±2.7	12.2±3.8	t=0.3, p>0.05
Psikolojik sağlık	11.2±2.5	10.6±3.6	t=0.8, p>0.05
Sosyal ilişkiler	11.6±3.0	11.3±4.0	t=0.4, p>0.05
Çevre	12.5±1.9	13.1±2.9	t=-1.2, p>0.05

YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.

zuklukları için SCID-I, YBOKÖ, WHOQOL-BREF TR ve HDDÖ ile değerlendirildi. İki hasta ciddi fiziksel hastalığı olduğu için (biri epilepsi, biri kronik böbrek yetmezliği), 2 hasta psikotik bozukluk eşiğinin altında olduğu için (biri kısa psikotik bozukluk, biri şizofreniform bozukluk), 1 hasta okuma yazma bilmediği için, 1 hasta da çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya alınmadı. Bilgilendirilmiş olurları alınarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların her birine geliş sırasına göre sertralin 100-200 mg/gün, fluvoksamin 200-300 mg/gün ya da paroksetin 40-80 mg/gün tedavisi uygulandı. Hastaların hiç birine takip süreci boyunca herhangi bir ek tedavi ya da yapılandırılmış psikoterapi yöntemi uygulanmadı. Hastaların %68'i (n=36) 12 hafta sonra tekrar değerlendirildi. Hastaların 4'ü ilaç yan etkilerinden dolayı, 3'ü ilaçları düzensiz kullandığı için, 6'sı kontrole gelmediği için ve 4'ü takip değerlendirmesi esnasında yaşam kalitesi verileri elde edilemediği için çalışma dışı kaldı. Çalışmayı tamamlayan hastaların %31'i paroksetin (n=11), %31'i fluvoksamin (n=11) ve %38'i sertralin (n=14) kullanmakta idi. Tekrar değerlendirme sırasında hastalara YBOKÖ, HDDÖ ve WHOQOL-BREF TR uygulandı. Başlangıçta ve izlem sırasında tüm değerlendirmeler 5 yıllık klinik deneyime sahip bir psikiyatrist tarafından gerçekleştirildi. Tedavi öncesi ve sonrası değerlendirmeler arasındaki fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla bağımlı gruplarda t testi uygulandı. Tedavi sonrası yaşam kalitesi düzeyi ve tedavi öncesi değişkenler arasındaki ilişki öncelikle iki yönlü Pearson bağıntı analizi ile sonrasında çoklu regresyon analizleri (standart yöntem) ile araştırıldı. Regresyon analizlerine alınacak değişkenlerin bir kısmının tedaviden etkilenme-

diği göz önüne alındığında (örn: cinsiyet, hastalık süresi gibi), analizlere girecek değişkenler seçilirken sadece yapılan ikili bağıntı analizlerde tedavi öncesi ve sonrasında anlamlı ilişki olması şartı aranmamıştır. Bu bağlamda tedavi sonrası yaşam kalitesi ile ilişkili olması beklenen, hastalık süresi, cinsiyet, tedavi öncesi YBOKÖ toplam puanı, HDDÖ puanı, içgörü puanı, diğer eksen-I tanıların varlığı bağımsız, tedavi sonrası yaşam kalitesi alan puanları ise bağımlı değişken olmak üzere regresyon analizleri uygulanmıştır. Bu analizlerde kategorik değişkenler kukla değişken olarak kodlanmak suretiyle analizlere alınmıştır.

BULGULAR

Örnekleme ilişkin sosyodemografik ve bazı klinik değişkenler Tablo 1'de sunulmuştur. Çalışmayı tamamlayan 36 hastanın 8'i erkek (% 22), 28'i kadın (%78) ve yaş ortalaması 31.6±11.3 idi. Yirmi üç (%63.8) hasta ilk değerlendirme sırasında herhangi bir eksen-I bozukluğu eş tanısını karşıladı.

Tedavi öncesi ve sonrası YBOKÖ obsesyon, kompülsiyon ve toplam puanları, HDDÖ puanları ve WHOQOL-BREF TR alan puanları ve her iki ölçüm arasındaki karşılaştırma istatistikleri Tablo 2'de verilmiştir. Tedavi sonrası YBOKÖ obsesyon, kompülsiyon, toplam puanları ve HDDÖ puanları tedavi öncesi puanlardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Yaşam kalitesi alanlarının hiçbirisi için tedavi öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Yaşam kalitesi alanları için her iki değerlendirme arasında fark bulunmamakla birlikte çalışma deseni ile

TABLO 3. Tedavi Sonrası Yaşam Kalitesi Alan Puanları İle Tedavi Öncesi Bazı Değişkenler Arasındaki Bağın Katsayıları.

	Fiziksel sağlık (TS)	Psikolojik sağlık (TS)	Sosyal ilişkiler (TS)	Çevre (TS)
Hastalık süresi (TÖ)	0.27	0.30	0.14	0.01
YBOKÖ Obsesyon (TÖ)	-0.25	-0.28	-0.03	0.08
YBOKÖ Kompülsiyon (TÖ)	-0.08	0.14	-0.37*	-0.06
YBOKÖ Toplam (TÖ)	-0.15	-0.27	-0.24	0.02
İçgörü (TÖ)	-0.07	-0.09	-0.16	-0.06
HDDÖ (TÖ)	-0.11	-0.35*	-0.19	-0.16
Fiziksel sağlık (TÖ)	0.14	0.14	0.10	0.22
Psikolojik sağlık (TÖ)	0.31	0.17	0.06	0.33
Sosyal ilişkiler (TÖ)	0.11	0.13	0.63**	0.27
Çevre (TÖ)	0.25	0.17	0.20	0.29

YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, TÖ: Tedavi öncesi, TS: Tedavi sonrası.

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.001$.

uyumlu olarak, tedavi sonrası yaşam kalitesi düzeyi ile tedavi öncesi değişkenler arasındaki ilişki araştırılmıştır. Tedavi sonrası yaşam kalitesi alan puanları ve tedavi öncesi değişkenler arasında bağın katsayıları Tablo 3'de görülmektedir. Bu analizlerin sonucunda tedavi sonrası psikolojik sağlık ve tedavi öncesi HDDÖ puanları arasında anlamlı derecede negatif yönde bağın ($r = -0.35$, $p < 0.05$) bulunmuştur. Tedavi sonrası sosyal ilişkiler puanı ile tedavi öncesi aynı alan puanı arasında anlamlı derecede pozitif yönde ilişki ($r = 0.63$, $p < 0.001$) bulunurken, kompülsiyon puanı ile anlamlı derecede negatif yönde bağın bulunmuştur ($r = -0.37$, $p < 0.05$). Diğer bağınlar anlamlı bulunmamıştır. Cinsiyet, hastalık süresi, tedavi öncesi obsesyon ve kompülsiyon şiddeti, içgörü düzeyi, depresif belirtilerin şiddeti ve eş tanı varlığı bağımsız değişkenler olarak, tedavi sonrası yaşam kalitesi alan puanları ise bağımlı değişken olarak çoklu regresyon analizlerine sokulmuştur. Bu analizler sonucunda yalnızca tedavi sonrası sosyal ilişkiler alan puanı, tedavi öncesi kompülsiyon şiddeti ile anlamlı derecede bağın tılı bulunmuştur ($R = 0.48$, $R^2 = 0.23$, F değişikliği = 1.18, $B = 0.69$, $SH = 0.29$, $\beta = -0.51$, $t = -2.33$, $p < 0.05$). Diğer tedavi sonrası yaşam kalitesi alan puanlarını anlamlı olarak yordayan tedavi öncesi bir değişkene rastlanmamıştır.

Çalışmayı tamamlamayan hastaların ($n = 17$, %32) nispeten yüksek oranda olması nedeniyle bu hastaların çeşitli hastalık özellikleri ve yaşam kalitesi açısından farklı bir grup olabilme durumu araştırılmıştır. Bu nedenle

çalışmayı tamamlayan ve tamamlamayan hastaların cinsiyet, hastalık süresi, başlangıçtaki obsesyon, kompülsiyon ve toplam hastalık şiddeti, depresif belirtilerin şiddeti, içgörü düzeyi ve yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. İzlem için gelmeyen hastaların tedavi öncesi kompülsiyon puanları (15.4 ± 1.9) çalışmayı tamamlayan hastalardan (13.5 ± 2.9) anlamlı olarak yüksek bulunmuş ($t = 2.45$, $df = 1$, $p < 0.05$), diğer değişkenler açısından anlamlı fark bulunmamıştır (diğer sonuçlar gösterilmemiştir).

TARTIŞMA

Bu çalışmada OKB'de psikofarmakolojik tedavinin kısa dönemde yaşam kalitesine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucunda OKB olan hastalarda psikofarmakolojik tedavinin sonuçları nesnel olarak değerlendirildiğinde, şiddet puanlarında belirgin bir azalma görülürken, öznel yaşam kalitesi değerlendirmelerinde ise bir fark bulunamamıştır. Bağın analizlerinde tedavi sonrası psikolojik sağlık alan puanı tedavi öncesi depresyon şiddeti ile anlamlı derecede ilişkili bulunurken, sosyal ilişkiler puanı ise tedavi öncesi aynı alan puanı ve kompülsiyon şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Çoklu regresyon analizleri sonucunda yalnızca tedavi öncesi kompülsiyon şiddeti ile tedavi sonrası sosyal ilişkiler puanı arasında anlamlı ilişki ortaya çıkmıştır.

Daha önce farklı tedavi uygulamalarının OKB'de yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek üzere yapılmış üç farklı çalışma bulunmaktadır. Bu konuda yapılan

ilk çalışmada (Bystritsky ve ark. 1999) tedaviye dirençli hastalarda altı haftalık bir tedavi programının (ilaç ve davranışsal tedavi) yaşam kalitesi üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Tedavi sonucunda hastalarda özellikle genel aktivite, sosyal ilişkiler ve sağlık algısı alanlarında anlamlı düzelme bulunmuştur. Fakat bu alanlardaki iyileşme, hastalık şiddeti ile bağlantılı bulunmamıştır. Tenney ve arkadaşları (2003) 12 hafta boyunca paroksetin ve venlafaksin tedavisinin yaşam kalitesine etkisini araştırmıştır. Yazarlar her iki ilaç tedavisi ile yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı düzelme bulmuş fakat iki tedavi arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Ayrıca hastaları tedaviye yanıt veren ve vermeyen olarak gruplandırdıklarında, yaşam kalitesindeki düzelmenin iki grupta birbirinden farklı olmadığını bulmuşlardır. Yaşam kalitesindeki düzelmenin obsesif kompulsif belirtilerdeki düzelmeden bağımsız olduğunu bulmuşlar ve bu düzelmeyi tedavinin plasebo etkisi olarak yorumlamışlardır. Daha uzun süreli tedavi çalışmaları ile bu etkinin ortadan kalkıp kalkmadığının test edilmesinin mümkün olabileceğini belirtmişlerdir. Bir diğer çalışmada Moritz ve arkadaşları (2005) 10 haftalık bir psikofarmakoloji ve bilişsel davranışçı tedavi (BDT) uygulaması sonucunda, hastaların tüm yaşam kalitesi alanlarında anlamlı bir düzelme bulmuş fakat bu düzelmenin en fazla depresyon şiddetindeki düzelme ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada ise daha önceki çalışmalardan farklı olarak tedavi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi arasında herhangi bir fark bulunmamıştır. Ayrıca yeni bir bulgu olarak, tedavi öncesi kompulsiyon şiddetinin fazla olmasının tedavi sonrası sosyal ilişkiler alanında yaşam kalitesinin düşük olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Daha önce de belirtildiği gibi OKB'si olan hastaların önemli bir kısmı ilaç tedavisine yeterli yanıt vermemektedir. Son yıllarda OKB'nin tedavisinde psikofarmakoloji ve BDT'nin birlikte kullanımı neredeyse standart bir uygulama haline gelmiştir. BDT'nin ve diğer psikososyal yaklaşımların ilaç tedavisinin etkinliğini artırdığı bilinmektedir (McLeod 1997). Bu çalışmada ise yalnızca psikofarmakolojik tedavinin etkisi değerlendirilmiştir. OKB'nin olumsuz bireysel ve sosyal etkileri karşısında psikososyal yaklaşımları eksik tedavi süreçlerinin hastalığın olumsuz etkilerini yeterince azaltmadığı düşünülmektedir. Bu çalışmada önceki çalışmalardan da farklı olarak psikososyal ya da bilişsel davranışçı yaklaşımların uygulanmaması tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi açısından anlamlı fark bulunmamasını açıklayabilir. Ayrıca hastaların yaşam kalitelerini yorumlama biçiminin olumsuz ekonomik, sosyal ve kültürel koşullardan belirgin olarak etkilenebileceği düşünülmektedir.

Hastalar tedavi altına alındıklarında ilaca bağlı kalma, hastaneye sık sık gitme, ilaç yazdırma, yakınları ve doktorlar tarafından tedaviye devam etmeleri ve ilaçlarını kullanmaları yönünde yapılan baskılar ve ilaç yan etkileri gibi olumsuzluklar ile karşılaşabilirler. Bir çalışmada, belirtilerinde azalma olmasına rağmen hastaların %78'i hala bazı sıkıntılar yaşadığını, %52'si aile ve sosyal hayatında zorluklarla karşılaştığını, %44'ü iş yaşamında zorlandığını, %24'ü ilaçların yan etkisinden yakınmaları olduğunu ifade ederken, yalnızca %11'i mevcut bir problem tanımlamamıştır (Hollander ve ark. 1998). Tüm bu etkenlere bağlı olarak tedavi sonrası yaşam kalitesinde anlamlı bir düzelme olmamasının açıklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda regresyon analizi sonucunda ortaya çıkan bir bulgu olarak, tedavi öncesi kompulsiyon şiddetinin tedavi sonrası sosyal ilişkiler puanı ile ilişkili bulunmasının bir takım nedenleri olabileceği düşünülmektedir. Obsesyonların etkisine bağlı olarak yaşanan olumsuzluklar daha öznel olarak yaşanan kompulsiyonların etkisi ise hem öznel hem de sosyal açıdan daha fazla hissedilebilmektedir. OKB nedeniyle oluşan aile içi iletişim sorunları, duygusal katılımın sağlanamaması, cinsel yaşamda zorluklar, boş zamanların değerlendirilememesi, suçluluk duyguları gibi ek sorunlar hem hastanın hem de aile fertlerinin psikolojik ve sosyal işlevselliğini etkilemektedir (Freund ve Steketee 1989, Emmelkamp ve ark. 1990, Black ve ark. 1998). Bir çalışmada aile üyelerinin % 87'si törensel davranışların (kompulsiyonların) kendileri için çok sıkıcı bir durum haline geldiğini belirtmiştir (Cooper 1996). Ailelerin yaklaşık üçte birinden fazlasının rutin ev düzenlerinde hastaların belirtilerine göre değişiklikler olmaktadır (Calvocoressi ve ark. 1995). Tüm bu olumsuzlukların hastanın sosyal sorunlarına odaklanan psikososyal yaklaşımlar ve daha çok kompulsiyonlarda azalmayı hedefleyen davranışçı tedaviler olmaksızın, tek başına psikofarmakolojik tedavi ile düzelemeyeceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmayı tamamlamayan hastaların başlangıçtaki kompulsiyon şiddetinin çalışmayı tamamlayan hastalardan yüksek bulunması bu yorumu desteklemektedir.

Bu çalışma için birkaç nokta belirtilmelidir ki; tüm fiziksel ve ruhsal hastalıklarda olduğu gibi tedavi uygulamalarının sonuçları değerlendirilirken o hastalığın şiddetini yansıtan ölçütler, veriler ya da laboratuvar değerleri esas alınmaktadır. OKB'de hastalık şiddeti ile ilgili değerlendirmelerde uluslararası kabul görmüş bir değerlendirme aracı olan YBOKÖ ile sadece obsesif-kompulsif belirtilerin şiddeti ölçülmektedir. Bununla birlikte hastalar yaşam kalitelerini, sadece obsesyon ve kompulsiyonların

etkisine göre değil genel olarak yorumlamaktadırlar. Bu açıdan çalışmamızda tedavi ile hastalık şiddeti azalırken, yaşam kalitesinde bir değişiklik bulunmaması bir tutarsızlık olarak yorumlanmamalıdır. OKB'ye özgü bir yaşam kalitesi değerlendirme aracının geliştirilmesi ve kullanımı ile bu farklılıkların ortadan kalkabileceği düşünülmektedir. Böylece hastalığa özgü bir yaşam kalitesi değerlendirmesi, kişinin kendi durumu hakkındaki yorumuna dikkat çekerek, hastalığın olumsuz etkilerine daha kapsamlı bakabilme fırsatı sunabilir. Böylece tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde nesnel yaklaşımlara destek olarak öznel değerlendirmelerden de yararlanılması faydalı olacaktır. Fakat yaşam kalitesi değerlendirmelerine klinik bakış açısı ve nesnel değerlendirmelerin tam karşısı bir uygulama gibi bakılmaması gerekmektedir. Sadece öznel bakış açısına dayanan değerlendirmelerin esas alınması

durumunda hastalık şiddetinin olduğu gibi değerlendirilmesinin mümkün olmayacağı düşünülebilir.

Çalışmamızı olumsuz etkilediği düşünülen bazı sınırlılıkları belirtmek gerekmektedir. Çalışmanın en önemli kısıtlılığı hastaların %32'sinin çeşitli nedenlerle çalışma dışı kalmış ve bu deneklerin takip değerlendirmelerinin yapılamamış olmasıdır. İkinci olarak, her ne kadar SSGI'leri benzer etki ve yan etki profiline sahip olsalar da, her birinin nispeten kendine özgü farmakodinamik ve farmakokinetik özelliği mevcuttur. Bu açıdan tüm SSGI'lerinin tek bir ilaç gibi uygulanmış ve etkisinin değerlendirilmiş olması çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır. Ayrıca örneklem sayısının yeterli derecede fazla olmaması nedeniyle sonuçların olağan şartlarda psikofarmakolojik tedavi altına alınan tüm hastalara genellenemeyeceği göz önüne alınmalıdır.

KAYNAKLAR

- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. 3P Dergisi, 4:251-259.
- 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.
- Bystritsky A, Saxena S, Maidment K ve ark. (1999) Quality of life changes among patients with obsessive-compulsive disorder in a partial hospitalization program. Psychiatr Serv, 3: 412-414.
- Calvocoressi L, Lewis B, Harris M ve ark. (1995) Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry, 152: 441-443.
- Cooper M (1996) Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. Am J Orthopsychiatry, 66: 296-304.
- Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R ve ark. (2004) 12 month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. Compr Psychiatry, 45:367-374.
- Çorapçıoğlu A (1999) DSM IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12:233-236.
- Doğan O, Gülmez H, Ketenoglu C ve ark. (1995) Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, 1. baskı, Sivas. Dilek Matbaası, s. 50-52.
- Emmelkamp PMG, de Haan E, Hoogduin CAL (1990) Marital adjustment, and obsessive-compulsive disorder. Br J Psychiatry, 156:55-60.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1997) Türkiye Ruh Sağlığı Profili. 1. baskı. Ankara. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Eser SY, Fidaner H, Fidaner C ve ark. (1999a) Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref. 3P Dergisi, 7(Ek. 2)5-13.
- Eser SY, Fidaner H, Fidaner C ve ark. (1999b) WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi, 7(Ek. 2)23-40.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV). Washington American Psychiatric Press.
- Freund B, Steketee G (1989) Sexual history, attitudes and social functioning of obsessive-compulsive patients. J Sex Marital Ther, 1: 31-41.
- Gill TM, Feinstein AR (1994) A critical appraisal of the quality of life measurements. JAMA, 272: 619-626.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark. (1989) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use and reliability. Arch Gen Psychiatry, 46:1006-1011.
- Hamilton M (1960) A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr, 23:56-62.
- Hollander E, Stein DJ, Kwon JH ve ark. (1998) Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. CNS Spectrums, 3(Suppl. 1) 48-58.
- Karamustafaloğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark. (1993) Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bursa Savaş Ofset, s. 86.
- 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.
- 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.
- Koran LM, Thienemann ML, Davenport R (1996) Quality of life for patients with obsessive compulsive disorder. Am J Psychiatry, 153: 783-788.
- Lehman AF, Mand NC, Linn LS (1983) Chronic mental patients: the quality of life issue. Am J Psychiatry, 10: 1271-1276.
- McDonough M, Kennedy N (2002) Pharmacological management of obsessive-compulsive disorder: a review for clinicians. Harv Rev Psychiatry, 10:127-137.
- McLeod DR (1997) Psychosocial treatment of obsessive-compulsive disorder. Int rev psychiatry, 9:119-132.
- Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow ve ark. (2005) Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. Compr psychiatry, 46:453-459.
- Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC (2006) Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 41: 662-668.
- Suser M (1990) Disease, illness, sickness; impairment, disability and handicap. Psychol Med, 20: 471-473.

Tek C, Ulug B, Rezaki BG, Tanriverdi ve ark. (1995) Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*, 91:410-413.

Tenney NH, Denys DA, van Megen HJ ve ark. (2003) Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, 18:29-33.

WHOQOL GROUP (1994) Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Mental Health*, 23:24-56.

WHOQOL GROUP (1998) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46:1569-1585.

Williams BW (1978) A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 742-747.

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.