TÜRKİYE'DE SIK KARŞILAŞILAN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR
Sempozyum Dizisi No:62 •Mart 2008 S:185-192

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Doç. Dr. Reha Bayar
Dr. Mesut Yavuz

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon veya saplantı kendiliğinden bilinç alanına giren, yineleyici, sıkıntı yaratan, kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği düşünce, dürtü yada imajlardır. Kompulsiyon (zorlantı) genelde bir obsesyona engel olmak için belli kurallarla yapılan motor veya mental eylemlerdir.

DSM-III tanı ölçütlerinde kompulsiyonlar yalnızca bir davranış olarak tanımlanıyordu.

DSM-IV tanı ölçütlerinde ise kompulsiyonların obsesyonları nötralize etmek için kullanılan düşünceler de olabileceği belirtilmektedir.

Obsesyon ve kompulsiyonlar'dan psikiyatri tarihinde ilk kez Esquirol tarafından bahsedilmiştir (1838). I9.yy. sonuna kadar bu belirtiler kültürlere göre depresyon ve psikoz kavramları içinde yorumlanmıştır. Klinik tablo1917 yılında Freud tarafından tanımlanarak yayınlanmıştır.

OKB'si olan kişi çoğunlukla obsesyonlarının anlamsızlığının farkındadır ve hem obsesyonlarını, hem de kompulsiyonlarını ego-distonik yaşar. Obsesyonlar zaman kaybettirici olabilir, kişinin normal rutinine, mesleki işlevlerine, olağan sosyal aktivitelerine, arkadaş ve aile ilişkilerine önemli ölçüde engel teşkil edebilir.

Epidemiyoloji

OKB'un yaygınlığı ile ilgili 1980 yıllarında yapılan çalışmalar rahatsızlığın ender görülen (% 005) ve tedaviye dirençli olduğunu bildirmekteydi. Günümüzde daha sık görüldüğü ve tedaviye iyi cevap verdiği bilinmektedir. Güncel epidemiyolojik çalışma bulgularında OKB en sık görülen dördüncü ruhsal hastalık olarak bulunmuştur. Sıralamada fobiler, madde kullanım bozukluğu ve depresyondan sonra dördüncü sırada yer almaktadır. Toplumda görülme sıklığı aşağı yukarı astım ve diabetes mellitus'un görülme sıklığı kadardır.

Ömürboyu prevalansı ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. En düşük oranlar Tayvan'da (% 0,5-% 0,9) ve Hindistan'da (% 0,6) gözlenmektedir. Kuzey ve Orta Avrupa da bu oran % 2,6 ve % 3,2 arasında bulunmuştur. Okasha ve arkadaşları Mısır'da ayaktan tedavi gören hastalar arasında nokta prevalans oranını %2.3 olarak bildirmektedir. Bu çalışmalarda yetersiz kişilerin görev alması nedeni ile çalışma sonuçları, güvenirlik açısından eleştirilmektedir. Görüşmeci olarak psikiyatristlerin kullanıldığı çalışmalarda OKB prevalans oranları daha düşük bulunmuştur. OKB'nun ömürboyu prevalansının yaklaşık %1-2 olduğu düşünülmektedir.

Erişkin populasyonda yapılan çalışmaların bir kısmı kadın-erkek farkı olmadığını göstermekle birlikte, bazı çalışmalarda bu oran 1.2-1.8 arasında bulunmuştur. Bu sonuca komorbid olarak bulunan depresyon'un neden olabileceğine dikkat çekilmektedir.

Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 21.9 ile 35.5 arasındadır. Hastaların %65'inde başlangıç 25 yaşından öncedir. Yüzde15 lik bir gurupda başlangıç yaşı 35'in üstündedir.

Etyoloji

A) Biyolojik etkenler

Genetik

Genetik faktörlerin OKB oluşumuna katkıya bulunduğuna dair kanıtlar giderek artmaktadır. Bu kanıtlar ikiz çalışmaları ve OKB hastalarının birinci derece akrabalarının araştırmalarından kaynaklanmaktadır. OKB için ikiz çalışmalarında, monozigotik ikizlerde dizigotik ikizlere göre anlamlı olarak yüksek konkordans oranı saptanmıştır. Aile çalışmalarında, OKB hastalarının 1. derece akrabalarının % 35'inin bu bozukluklan etkilendiği bulunmuştur.

Nörotransmitterler

Birçok araştırma OKB oluşumunda serotonin disregulasyonunun rolü olduğunu göstermiştir. Ayrıca serotonerjik ilaçların diğer nörotransmitter sistemleri üzerinden çalışan ilaçlardan daha etkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte bazı araştırmacılar kolinerjik ve dopaminerjik sistemlerinde OKB etyopatogenezinde rol oynadığını belirtmişlerdir.

Beyin Görüntüleme Çalışmaları

OKB hastalarındaki beyin görüntüleme çalışmaları, orbitofrontal korteks, kaudat nükleus ve talamus arasındaki nöronal bağlantılarda aktivite değişiklikleri göstermiştir. Pozitron emisyon tomografisi (PET) gibi çeşitli görüntüleme çalışmalarında, OKB hastalarının frontal loblarında, bazal ganglionlarında (özellikle kaudat nükleusta) ve singulumlarında artmış metabolizma ve kan akımı saptanmıştır. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MRI) çalışmalarında, OKB hastalarında kaudat nükleus çaplarının bilateral azaldığı bulunmuştur.

B) Psikososyal Etkenler

Psikodinamik Etkenler

Sigmund Freud günümüzde OKB olarak adlandırılan durumu, obsesyonel nöroz olarak ele almıştır. Psikodinamik kurama göre OKB belirtileri, bastırılmış bilinçdışı dürtülerin sonucu olarak ortaya çıkarlar. Bastırılan bu dürtülerin yarattığı anksiyete sonucu odipal fazdan yoğun ambivalans duygularıyla ilişkili anal faza regrese olunmaktadır. OKB'da kullanılan temel savunma düzenekleri: regresyon, replasman, reaksiyon formasyonu, yapıp bozma ve izolasyondur.

Psikodinamik yaklaşım OKB'de hastanın tedaviye uyum sorunlarını, kişiler arası ilişkilerdeki zorluklarını ve eksen 1 bozukluklarına eşlik eden kişilik sorunlarını anlamada yardımcıdır. Çoğu OKB hastası etkin tedaviye katılımı reddedebilir, bunun psikodinamik anlamı hastanın ikincil kazançlarına semptomuyla tutunması ile alakalıdır. Örneğin annesiyle yaşayan bir erkek hastanın, annesinin ilgisini sürdürmesi için bilinçdışı olarak OKB semptomlarını sürdürmek istemesi gibi. Ayrıca kişiler arası ilişkilerdeki zorluklar hastanın belirtilerini arttırabilir. Bu stresörleri anlamak, klinisyene stresli olayları ya da bunların hasta için olan anlamlarını azaltmak için bir tedavi planı geliştirmede yardımcı olabilir.

Kişilik Etkenleri

OKB hastalarının % 15-45 kadarında premorbid obsesif özellikler bulunmuştur. Ama kişilik özellikler OKB gelişimi için ne gerekli ne de yeterlilidir.

Tanı

OKB tanısı kişinin hem obsesyon hem de kompulsiyonları beraber mevcutsa veya obsesyonları ya da kompulsiyonları tek başına mevcutsa ve bu semptomlar kişinin aşırı zamanını alıyor ve/ veya işlevselliğini önemli ölçüde engelliyorsa konmalıdır. OKB tanısı için DSM-IV kriterleri aşağıda gösterilmiştir.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN TANI KRİTERLERİ

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3), (4) ile tanımlanır:

(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler

(2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

(3) Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

(4) Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

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

(1)Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre kendini yapmaktan alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. Dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)

(2)Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompusiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde bir saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozarlar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. Bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriasisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma, bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Klinik Özellikler

Obsesyon ve kompulsiyonların yaygın olarak gözüken bazı özellikleri:

1) Bir düşünce ya da dürtü kişinin bilincine tekrarlayıcı şekilde zorla girer.
2) Bu duruma endişe ya da korku hissi eşlik eder ve kişiyi düşünce ya da dürtüye karşı tedbir almaya iter.
3) Obsesyon ya da kompulsiyonlar egoya yabancıdır.
4) Obsesyon ya da kompulsiyonları kişi acayip ve mantıksız olarak algılar.
5) Obsesyon ve kompulsiyonlardan yakınan kişi genellikle onlara direnmeye güçlü bir arzu duyar.

En sık görülen durum kontaminasyon obsesyonları (elinin veya vücudunun mikrop pislik kan meni idrar ile kirlendiği düşüncesi) ve bunu izleyen yıkama ve temizleme obsesyonları ve kontamine olunan nesneden kompulsif kaçınmadır.

İkinci sıklıkta görülen durum şüphe obsesyonları (ocağın altını kapatdım mı?, kapıyı kilitledim mi?) ve bunu izleyen kontrol etme kompulsiyonlarıdır (ocağı, elektrik düğmelerini veya kilitleri defalarca kontrol etmek hatta bunun için eve geri dönmek).

Üçüncü sıklıkta görülen durum sadece obsesyonların olduğu kompulsiyonların görülmediği durumdur. Bu obsesyonlar genellikle cinsel ve saldırgan davranışların tekrarlayıcı düşünceleridir.

Bunun dışında simetri obsesyonları, dinsel veya cinsel içerikli rahatsızlık ve suçluluk veren obsesyonlar, biriktirme kompulsiyonları da görülebilir.

Komorbidite

OKB'da major depresyon ve anksiyete bozuklukları ile birlikte bulunma oranı çok sıktır. ECA çalışmalarından alınan verilere göre OKB'u olanların üçte ikisinde ayrıca bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır. Bu bozukluklar sırası ile agorafobi (%39), alkol kötü kullanımı (%34), major depresyon (%32), distimi (%26), madde kötü kullanımı, sosyal fobi (%19), panik bozukluğu (%14) ve bipolar bozukluktur (%10).

Epidemiyolojik saha çalışmalarında OKB ile anksiyete bozukluklarının birlikte bulunma oranı major depresyon ile birlikte bulunma oranından yüksektir. OKB'u olan kişilerde anksiyete bozukluklarının birlikte görülme sıklık oranı %24.5 ile 69.6 arasında verilmektedir. Bu oran major depresyon için % 12.4 ile 60.3 arasındadır. Bu oranlar OKB'u olmayan populasyonda sırası ile % 4.7–14.3 ve % 1.4-12.3 olarak verilmektedir.

Tedavi isteği ile bir kuruma müracaat eden OKB'u olan hastalarda major depresyon'un birlikte bulunma oranı daha yüksek bulunmaktadır. Rasmussen ve Eisen'in araştırmasında OKB ve komorbid hastalıkların oranları şöyle verilmektedir: Major depresyon (% 67), basit fobi (%22), sosyal fobi (%18). OKB'da % 10-17 oranında anoreksiya nervoza görülme sıklığı bildiren çalışmalar vardır.

OKB ve şizofreni'nin aynı anda veya ardışık görülebilirliği eskiden beri bilinmektedir. Klinik gözlemlerde OKB'da zaman zaman şizofrenik özelliklerin ortaya çıkması veya kronik sizofrenik hastalarda obsesif ve kompulsif özelliklerin birlikte bulunması oldukca sık görülmektedir. Bazen obsesif kompulsif özellikler şizofreni'nin prodrom döneminde ortaya çıkmakta, bazen de şizofrenik sürecin herhangi bir döneminde görülmektedir. Obsesif-kompulsif özellikler ile başlayan ve daha sonra şizofrenik özelliklerin eklendiği ve antiobsesyonel tedaviye drençli bir klinik tablo 1977 senesinde yayımlanan kitabında rahmetli hocam Songar tarafından "psikastenik tip şizofreni" terimi ile bir sizofreni alt tipi olarak tanımlanmıştır. Son yayınlarda, yılar önce rahmetli hocamın tanımladığı bu tablonun (psikotik özellikli OKB)'un bir şizofreni alt tipi olarak isimlendirilmesi gerekliğini belirten yayınlara rastlamaktayım. Spitzer ve arkadaşları SCID ile yaptıkları bir çalışmada OKB ve şizofreni arasındaki komorbiditeyi % 10-12.2 olaarak belirtmektedir. Öte yandan Fenton ve arkadaşlarının bir çalışmasında OKB ve şizofreni birlikteliğinde % 26 kadar

yanlış tanı konulduğu vurgulanmaktadır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar OKB ve şizofreni komorbiditesini % 15-30 arasında vermektedir. Şizofreni ve OKB'un birlikteliği tedavi alanında da önem arz etmektedir. Bu durumda tek başına serotonin gerialım engelleyicileri faydalı olmamaktadır. Tedaviye etkin doz antipsikotik eklenmesi yüz güldürücü sonuçlar vermektedir. Atipik antipisikotiklerin psikoz + OKB beraberliğinde etkili olduğu bildirilmekle beraber, bu drogların bazen obsessi-kompulsif semptomlara yol açtığıda görülmektedir.

OKB ile kişilik bozukluklarının birlikte görülme sıklığı çeşitli kaynaklarda %52-83 arasında bildirilmektedir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ile OKB arasındaki ilişki henüz tam sonuçlanmamış bir araştırma ve tartışma konusudur. Her iki bozukluğun komorbiditesine yönelik araştırmalarda farklı değerler saptanmaktadır (%4-54). Son zamanlarda bu iki tanının farklı etyolojik kökenleri olduğu kanısı yaygınlaşmaktadır. OKB'da kişilik bozukluklarına sık rastlanmakla birlikte OKB'a özel bir kişilik bozukluğu bulunmamaktadır. Okasha ve arkadaşlar OKB ile komorbid olarak en sık "başka yerde sınıflandırılamayan kişilik bozukluğu" tanısının görüldüğünü bildirmektedir. Daha sonra sırası ile borderline KB, obsesif-kompulsif KB, çekingen KB, histrionik KB gelmektedir.

Ayırıcı Tanı

Obsesyon ve kompulsiyonlar, şizofrenide görülen sanrısal düşünceler ve anlamsız basmakalıp davranışlardan, ego-distonik olmaları ve hastanın durumuyla ilgili içgörüsünün olması ile ayrılır. Bununla birlikte bazı kişilerde bu iki hastalık birlikte görülebilir ve OKB ile şizofreni tanısı aynı anda konabilir.

Bazı OKB hastalarında gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş olabilir ve obsesyon hezeyan boyutlarına ulaşabilir. Bu tür olgularda psikotik özelliklerin varlığı hezeyanlı bozukluk ek tanısıyla gösterilebilir. Obsesyonla hezeyan arasında yer alan durumlarda "zayıf iç görülü OKB" tanısı konabilir.

Yaygın anksiyete bozukluğu OKB'den, anksiyetenin genellikle kontaminasyon, cinsellik, agresyon, şüphe gibi konular yerine, günlük yaşam olaylarıyla (sağlık, aile, finans, iş vb.) ilgili olarak ortaya çıkmasıyla ayrılır. Ayrıca yaygın anksiyete bozukluğundaki düşünceler hasta tarafından ego-distonik ve kabul edilemez olarak algılanmaz ve de bozukluğa kompulsif ritüeller eşlik etmez.

Major depresyon epizodunda ortaya çıkan düşünceler, obsesyonlardan ego-distonik olmamalarıyla ayrılır. Ayrıca kompulsif ritüellerin olmamasıda tanıya yardımcıdır.

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda obsesyon ve kompulsiyonların varlığı belli değildir, bunların yerine düzenlilik, mükemmelliyetçilik ve denetim altında tutma isteği bulunmaktadır ve tanı için bozukluğun genç erişkin yaşta başlaması gerekmektedir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan kişi OKB semptomları gösterirse bu iki tanı aynı anda konlabilir.

Hipokondriyasis, beden dismorjik bozukluğu, kleptomani, patolojik kumar oynama gibi dürtü kontrol bozuklukları, fobiler, Tourette Sendromu, tik bozuklukları ve temporal lob epilepsisi gibi nörolojik bozukluklar ayırıcıanıda düşünülmesi gereken diğer durumlardır.

Tedavi

OKB'nin etyolojisinde ön planda biyolojik faktörlerin önemi açıklıkla bilinmekle birlikte tedavide farmakolojik tedavi kadar ve davranışsal yöntemler de başarıyla kullanılmaktadır. Bu tedavi seçeneklerinin hangisine öncelik tanınacağı, kombine mi kullanılacağı tamamen hastanın özellikleri ile belirlenir

Farmakoterapi

Standart tedavi yaklaşımı tedaviye serotonerjik bir ilaçla başlamak (klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram, essitalopram gibi), yeterli etkinlik sağlanmazsa diğer farmakolojik stratejilere geçme şeklindedir.

Klomipramin tedavisinde, tedaviye 25-50 mg'lık dozlarla başlanır ve ilaç dozu 2-3 günde bir 25 mg'lık artışlarla 250 mg/gün'e çıkılır. Klomipramin tedavisinde diğer trisiklik ilaçlara benzer şekilde, sedasyon, hipotansiyon, cinsel disfonksiyon ve kolinerjik yan etkiler (ağız kuruluğu gibi) görülebilir.

OKB'nin farmakolojik tedavisinde seratonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) etkinliği çok sayıda araştırmada kanıtlanmıştır. SSRI'lar genellikle trisiklik ilaçlardan daha iyi tolere edilirler, bu yüzden OKB tedavisinde birinci basamak ilaç olarak kullanılırlar. SSRI'lar, OKB tedavisi için genellikle depresyon tedavisi için önerilen günlük dozlarından daha faz-la kullanılırlar. (iki veya üç kat)

Bu tedavilerden sonuç alınamazsa bir nöroleptik (risperidon, olanzapin gibi) ya da lityum ile güçlendirme tedavisi uygulanabilir. OKB'nin tedavisinde kullanılabilecek diğer ilaçlar monoaminooksidan inhibitörleri (MAOI), buspiron ve klonazepam'dır.

Psikoterapi

Davranışçı tekniklerin ana prensipleri, hastayı obsesyonel düşüncelere yoğun şekilde maruz bırakma ve hastanın korkulan uyaranla ilişkili olarak ortaya çıkan anksiyetesini azaltmak için uyguladığı davranışları önlemedir. Davranışçı tedavi hem yatan hastalarda, hem de ayaktan takip edilen hastalarda uygulanabilir.

Kontrollü çalışmalarda farmakoterapi, davranışçı tedavi ya da ikisinin kombinasyonun OKB hastalarının semptomlarını önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur. Hangi tedavinin uygulanacağı klinisyenin kararına ve hastanın tedavi seçeneklerini kabulü esasına dayanır.

Bunlar dışında psikodinamik psikoterapi, aile terapisi, grup terapisi gibi tedavilerde uygulanabilmektedir. Tedaviye şiddetli direnç gösteren hastalar için elektrokonvulzif terapi ve psiko-cerrahi (en sık olarak singulotomi) düşünülebilir. EKT psikocerrahi kadar etkili değildir, ama cerrahi öncesi son seçenek olarak düşünülmedir.

Prognoz

OKB'de gidişat uzun ve değişkendir. Bazı hastalarda dalgalı bir seyir gözlenebilir. Hastaların % 20 - % 30'unun belirtilerinde önemli ölçüde düzelme görülürken, % 40-

50'sinde belirtilerde orta derecede düzelme görülür. % 20-40 hastada ise belirtiler aynı kalır ya da kötüleşir.

Kompulsiyonlara karşı koymama, erken başlangıç, bizar kompulsiyonlar, aşırı değerlenmiş düşüncelerin varlığı, kişilik bozukluğunun varlığı (özellikle şizotipal kişilik bozukluğu), hastaneye yatış gereksinimi, eşlik eden majör depresyon, hezeyanların eşlik etmesi kötü prognozu gösterirken, iyi sosyal ve mesleki düzen, başlatıcı bir olayın varlığı ve epizodik belirtiler iyi prognostik faktörlerdir. Obsesyonel içerik prognozla ilgili gibi gözükmemektedir.

KAYNAKLAR

1. Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A. The Treatment of Anxiety Disorders, Cambridge University Press 2003: Obsessive-compulsive disorder: Syndrome, 332-346
2. Koran, L.M. (1999) Obsessive-Compulsive and Related Disorders in Adults: A Comprehensive Clinical Guide. Cambridge University Press.
3. Köroğlu E., Psikonozoloji, Hekimler Yayın Birliği, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, 354-366
4. Sadock B. J., Sadock V. A., Synopsis of Psychiatry Ninth Edition, Lippincott Williams&Wilkins, Obsessive-Compulsive Disorder, 616-623
5. Güleç C.,Köroğlu E.: Psikiyatri temel kitabı 1997 Hekimler Yayın Birliği 493-504
6. Yüksel N.: Çizgi Tıp Yayınevi San.Ve Tic.Ltd.Şti. 2001,192-199
7. Maj M,.Sartorius N,.Okasha A,.Zohar J.: Obsessive-Compulsive Disorder, 2000, John Willey and Sons
8. Kara.H,Yazıcı M.K.,Sayar M.K.Ağargün M.Y.,Verimli A. 19996 obsesif kompulsif bozuklukta kişilik özellikleri ve kişilik bozuklukları.Yeni Symposium 34(3-4).55-59
9. Songar A. Psikiyatri Modern Psikobiyoloji ve Ruh Hastalıkları 1977 Geçit Kitabevi