

İçgörüsü Az Olan Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsessive-Compulsive Disorder with Poor Insight

Serkut Bulut, Nurhan Fıstıkcı, Volkan Topçuoğlu

Özet

Obsesif kompulsif bozukluk ileri derecede yeti yitimine neden olabilen ruhsal bir bozukluktur. OKB hastalarında içgörü hastalığın ilk tanımlanmasından bu yana tartışma konusudur. Önceleri, nörotik bozukluklardan biri olarak kabul edilen obsesif kompulsif bozuklukta hastaların belirtilerini tamamen saçma ve abartılı bulmaları gerektiği düşünülmüştür. Ancak, obsesyonların ve kompulsyonların her zaman egodistonik bulunacağı fikri giderek değişmiştir. İlk olarak Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının 4. Baskısında (DSM-IV)'te obsesif kompulsif bozuklukta "içgörüsü az olan" ifadesine yer verilmiştir. İçgörüsü az olan ya da olmayan obsesif kompulsif bozukluğun içgörünün korunduğu obsesif kompulsif bozukluktan sosyodemografik, klinik ve tedavi özellikleri bakımından farklılıkları olabilir. Obsesif kompulsif bozuklukta belirti tiplerine göre içgörü düzeyleri değişebilmektedir. İçgörüsü az obsesif kompulsif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluğun şiddetli bir formu ya da farklı özellikler gösteren bir alt tip olabilir. DSM-5 ile birlikte içgörü belirteci sınıflandırmadan çıkarılmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarının içgörülerinin bir yelpaze ya da süreklilik şeklinde ele alınması gerekir.

Anahtar sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, içgörü, sınıflandırma.

Abstract

Obsessive-compulsive disorder is a mental disorder that may cause severe disability. Insight in obsessive-compulsive disorder has been an issue of debate since the disorder was described for the first time. Formerly, obsessive-compulsive disorder was regarded as one of the neurotic disorders and patients were supposed to find their symptoms as totally senseless and exaggerated. However, the idea that obsessions have to be regarded egodystonic has changed recently. Firstly in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV), the term "with poor insight" was used as a specifier for obsessive-compulsive disorder. Obsessive-compulsive disorder with low or no insight may differ from obsessive-compulsive disorder with good insight in terms of sociodemographic, clinical and treatment features. Along with types of obsessions, the levels of insight are subject to change. Obsessive-compulsive disorder with poor insight can either be a subtype with different features or a severe form of Obsessive-compulsive disorder. Along with DSM-5 insight in obsessive-compulsive disorder is no longer classified as absent or present. Insight in obsessive-compulsive disorder needs to be conceptualized as a spectrum or continuity.

Key words: Obsessive compulsive disorder, insight, classification.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)'ün nörotik mi yoksa psikotik bir bozukluk olarak mı sınıflandırılacağı tartışması 19. yüzyıla dek uzanır. O yıllarda Avrupa psikiyatrisine egemen olan bakış Esquirol'un "özel kompulsiyon hissi ve karşı koyma arzusunun eşlik ettiği tekrarlayıcı ya da inatçı fikir, imaj, duygu ya da eylem olduğu idi. Bu yaşantı kişi tarafından benliğe yabancı ve normal dışı kabul edilir" şeklindeki tanımlamasına dayanıyordu.[1] Bununla birlikte, OKB'de içgörününün tam olmasının temel koşul olduğu şeklindeki bu genel kabulü uyuşmayan gözlemler de dikkat çekmiştir.[1] Janet OKB'yi bir nöroz olarak kabul etmekle beraber 300 psikastenisi (OKB'nin o zamanki terminolojide adlandırılışı) hastasının %7.7'sinde psikotik belirtiler geliştiğini ortaya koymuştur. Freud da OKB'yi nörotik bir bozukluk olarak değerlendirirken (hastalığı da obsesif nöroz olarak adlandırmıştır) obsesyonları olan bir olgusunun zaman içinde paranoid belirtilerinin ortaya çıktığını bildirmiştir. Lewis 1936'da şu sonuca varmıştır: "Obsesyonların anlamsızlığını ve saçma olduklarını kabul etmek bu hastalığın her zaman temel bir özelliği değildir".[2] Sonraki yıllarda da benzer gözlemler devam etmiş ve farklı yazarlar böyle hastalara "obsesif psikotikler" ya da "psikotik özellikleri olan OKB hastaları" adını vermişlerdir.[2]

DSM-IV alan çalışmasının hedefi OKB hastalarının belirtilerini aşırı ya da anlamsız buldukları şeklindeki genel görüşün araştırılmasıdır.[3] Çalışmada 5 maddelik İnançların Sabitliği Ölçeği kullanılmıştır. Sonuçta, hastaların sadece %13'ü kompulsyonlarını yapmadıkları takdirde korktukları durumun gerçekleşmeyeceğinden kesin emin olduklarını söyleyebilmiştir. Büyük ölçüde emin olduklarını söyleyen hastalar eklendiğinde oran %40 olmuştur. Hastaların %4'ü korktukları sonucun gerçekleşeceğinden kesin emin olduklarını, %26'sı da neredeyse emin olduklarını belirtmiştir. Böylece, belirtilerini aşırı ya da anlamsız bulmayan hastaların oranı %30 olmuştur. Bu bulgular, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV, DSM-IV) "içgörüsü az olan" ifadesinin eklenmesini beraberinde getirmiştir. İçgörüsü az olan hastaların psikopatolojinin diğer unsurları ve tedavi özellikleri açısından yapılacak araştırmalarla incelenmesinin önu açılmıştır.

DSM-IV-TR'de OKB'nin B tanı ölçütünde, hastanın bozukluğunun gidışı içinde bir zaman belirtilerinin aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul ettiği belirtilir.[4] Eğer bu hastalık atağı sırasında kişi çoğu zaman hastalık belirtilerinin aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmemişse hastaya içgörüsü az olan OKB tanısı konulur. Hastanın şu anda olmasa bile geçmişte bir zaman belirtilerine karşı içgörüsü olmalıdır. OKB'de içgörü, obsesyonların ve kompulsyonların mantıksız olduklarını, akla yatkın olmadıklarını değerlendirebilmek, bunlara karşı koyma çabası içinde olmak ve karşı koyma girişiminde bulunabilmektir.

Klinikte OKB hastalarında içgörününün zamana ve duruma göre değişebildiği gözlenir. Bir dönem içgörüsü tam olan bir hastanın bir başka dönemde içgörüsü azalabilir ya da kaybolabilir. İçgörü hastanın algıladığı tehdit veya sıkıntı olasılığıyla da değişebilir. Örneğin evinde kontamine olduğunu düşündüğü nesnelere dokunamayan hasta terapistin ofisinde durumunu objektif olarak değerlendirerek bu davranışının mantıksız olduğunu söyleyebilir.[5] Kaygı yaratan nesne ya da durumla karşılaşma olasılığının arttığı durumlarda içgörü azalabilmekte ya da yitirilebilmektedir.

OKB'nin tedavisinde önemli ilerlemeler sağlanmış olmasına rağmen bir grup hasta halen mevcut tedavilerden yeterince yarar görmemektedir. OKB'de içgörüsü az olan hastaların varlığı hastalığın ilk tanımlandığı dönemden beri bilinmesine rağmen bu

grubun özelliklerinin ve tedavi yanıtlarının araştırılması ancak son yıllarda hız kazanmıştır. Bu yazıda OKB'de içgörü kavramının gelişimi ve içgörüsü az olan hastaların klinik, nörobiyolojik, nöropsikolojik özelliklerinin ve tedavi yanıtlarının literatür ışığında gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

OKB'de İçgörü Değerlendirmesinde Kullanılan Ölçekler

Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği (The Brown Assessment of Beliefs Scale, BABS)

BABS, çeşitli psikiyatrik hastalıklardaki içgörünün değerlendirilmesinde kullanılabilir, klinisyen tarafından uygulanan 7 maddelik yarı yapılandırılmış bir ölçektir. BABS'ın maddeleri içgörünün farklı bileşenlerini değerlendirir. Bu bileşenler şunlardır: 1- ikna olma (kişinin inancının doğruluğuna ne kadar ikna olduğudur), 2-diğerlerinin görüşlerinin algılanışı (kişinin çoğu kişinin inanışını mantıklı bulduğundan ne kadar emin olduğudur), 3- farklı görüşlerin açıklanışı (kişinin kendi inancı ve diğerlerinin inancıyla ilgili görüşleri arasındaki farkı açıklayışdır), 4-sabitlik (kişinin inancının yanlışlığı konusunda ikna edilip edilemeyeceğidir), 5- inancını çürütme girişimi (kişinin inancını çürütmeyi ne kadar etkin olarak denediğidir), 6- içgörü (kişinin inancının psikiyatrik ya da psikolojik bir nedeni olduğunun farkında olup olmadığıdır), 7-referans düşüncesi (referans fikirlerini ya da sanrılarını değerlendiren isteğe bağlı uygulanan bir maddedir).[6]

BABS'ın 6.maddesi içgörü olarak isimlendirilse de terim BABS'ın global olarak tüm bileşenlerini kapsayacak şekilde kullanılır. BABS'la geçmiş haftaya yönelik değerlendirme yapılır. Her madde 0-4 arasında puanlanır. Skorun yükselmesi içgörünün zayıfladığını gösterir. Maddelerin hepsinin 0 olması mükemmel içgörüyü, maddelerin hepsinin 4 olması içgörünün olmadığını gösterir. İlk 6 maddenin toplanmasıyla toplam skor (0-24) elde edilir. Yedinci madde toplam skora dahil edilmez. Eğer toplam skor 18 ve üstüyseniz ayrıca 1. maddeden 4 puan alınmışsa inanç delüzyonel kabul edilir. Toplam skor 12 ve üstüyseniz ve ilk maddeden 3 ve üstü puan alınmışsa içgörünün az olduğu sonucuna varılır.[6]

Değerlendirmede önce hastanın hastalığıyla ilgili ana inancı tanımlanır. Ana inancın belirlenirken hastaya Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeğinin (YBOCS) sorgulama listesi uygulanır. Ana inanca yarattığı sıkıntı ve hastanın hayatını etkileyişi temel alınarak karar verilir. Örneğin evin dışında herhangi bir şeye dokunduğunda AIDS kapacağından korkmak OKB için bir ana inanç olabilir. BABS kompulsiyonlarını gerçekleştirmemenin korkutucu sonuçları hakkında altta yatan bir inanç tanımlayamayan hastalara uygulanamaz. Kompulsiyonlarını uygulamadığı takdirde sadece anksiyete artışı yaşayacağını belirten bir hastada BABS'ı kullanmak mümkün değildir. BABS, Eisen ve arkadaşları tarafından ilk olarak OKB, Beden Dismorfik Bozukluğu ve psikotik özellikli duygudurum bozukluğu hastalarında geliştirilmiştir.[6] Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Özcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.[7]

Aşırı Değerlendirilmiş Düşünceler Ölçeği (The Overvalued Ideas Scale, OVIS):

Wernicke 1900 yılında aşırı değerlendirilmiş düşünceyi duygudurumun etkilediği muhakeme bozukluğu olarak tanımlamıştır.[1] Jaspers terimi " kişinin doğruluğuna ikna

olduğu ve güçlü bir afektle bağlandığı yanlış ama anlaşılabilir düşünce” şeklinde tanımlanmış ve sanrıyla ayırımını vurgulamıştır. Jaspers’e göre sanrı sadece yanlış değil aynı zamanda akla yatkın olmayan düşüncedir .[1] Daha yakın zamanlarda aşırı değerlendirilmiş düşüncenin rasyonel düşünceyle sanrının arasında yer aldığı görüşü öne sürülmüştür. Burada ölçüt düşünceye ne kadar sıkıca bağlanılmış olduğu ve düşüncenin sarsılmazlığıdır.[1]

OVIS düşüncenin şu özelliklerini değerlendirir: acayiplik, doğruluk, sabitlik, akla uygunluk, kompulsiyonların etkinliği, inancın yaygınlığı, diğerlerinin inancı paylaşmamasının nedenleri, inancın kararlılığı (2 madde ile ölçülür). Her hastada en fazla 3 inanç değerlendirmeye alınır. Bunlar OKB için obsesyonlar ve veya kompulsiyonlarla ilişkili olmalıdır. Hastaya sıkıntı veren ya da işlevselliğini bozan düşünceler seçilir. Her bir inanç 9 özellik bakımından değerlendirilir. Her bir özellik açısından inanca 0-10 arasında puan verilir. Yüksek skorlar aşırı değerlendirilmiş düşünceye, OKB’de içgörü azlığına işaret eder. Üç inanç için skorlar elde edilir ve bunlar 9’ a bölünür. Elde edilen sonuçlar toplanır ve 3’e bölünür. Sonuçta 0-10 arasında total aşırı değerlendirilmiş düşünceler skoru elde edilir. Değerlendirme son bir haftaya yönelik olarak yapılır. OVIS Neziroğlu ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.[8] Neziroğlu ve arkadaşları ölçeğin modifiye formunu da geliştirmişlerdir. Modifiye OVIS’te değerlendirilen özelliklere inanca direnç ve inancın kararlılığının süresi şeklinde 2 madde daha eklenmiştir. Modifiye OVIS’te üç inanç belirlenmesinden vazgeçilmiş ve hastaların bir ana inanç belirlemeleri istenmiştir. Ölçekte 6 ve üstünde puan alınmasının OKB’de içgörü azlığını gösterdiği kabul edilmiştir.

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinin 11. Maddesi (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, YBOCS)

Diğer ölçeklerin aksine YBOCS’in 11. maddesi içgörüyü tek boyutta ve kategorik olarak değerlendirir.[9] Hastanın obsesif kompulsif belirtilerini ne kadar saçma ve mantık dışı kabul ettiğini ve kompulsif davranışları gerçekleştirmemenin yaratacağı sonuçlar hakkındaki değerlendirmesinin gerçekçiliğini ölçer. İçgörüyü 0-4 arasında belirler. 0 mükemmel içgörüyü 4 içgörünün hiç olmadığına işaret eder.[9] Bilindiği gibi, YBOCS’in ilk 10 maddesi OKB’nin şiddetini ölçer.

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (Beck Cognitive Insight Scale, BCIS)

Diğer ölçeklerin aksine öz bildirim dayalıdır. 0-3 arasında derecelendirilen 15 maddeden oluşur. 0 “hiç katılmıyorum” 3 “tamamen katılıyorum” anlamına gelir. 15 maddelik ölçeğin 9 maddesi bireyin bilişsel çıkarımları hakkında düşünmesi ve deneyimlerine alternatif açıklamalar getirebilmesi üzerine olan kendi hakkında düşünme alt ölçeğini, 6 maddesi bireyin düşüncelerinin geçerliliği hakkında ne kadar emin olduğunu değerlendiren kendi hakkında emin olma alt ölçeğini oluşturur. Bilişsel içgörü toplam puanı kendi hakkında düşünme alt ölçeğinin puanından kendi hakkında emin olma alt ölçeğinin puanının çıkarılmasıyla bulunur ve -18 ile +27 arasında değişebilir. Yüksek skorlar içgörünün iyi olduğuna işaret eder.[10]

OKB’de İçgörü Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Bu konuda yapılmış tek çalışmada BABS, OVIS, YBOCS’in 11. maddesi ve DSM-IV’ün içgörüsü az belirleyicisi arasında anlamlı yüksek korelasyon belirlenmiştir.[11]

BCIS ise diğerleriyle korelasyon göstermemiştir. BCIS'in obsesyonlara içgörüyü değil genel düşünce süreçlerine yönelik içgörüyü ölçmesi diğer yöntemlerle korele bulunmasının nedeni olarak düşünülmüştür. Örneğin BCIS'in bir maddesi şöyledir: "Deneyimlerime ilişkin yorumlarım kesinlikle doğrudur". OKB'si olan hastalar belirtilerine yönelik içgörü sorunu yaşayabilirken genel düşünce süreçlerinde içgörü sağlam kalmaktadır şeklinde bir sonuca varılmıştır.[11]

OKB'de İçgörünün Klinik Özelliklerle İlişisini İnceleyen Araştırmalar

İçgörüsü az OKB hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri araştırma konusu olmuştur. Yaş, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, hastalığın gidiş şekli, birinci derece akrabalarda ruhsal hastalık, çocukluk çağında ruhsal hastalık öyküsü, komorbidite varlığı ve komorbiditenin niteliği, obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ve başka klinik özelliklerin içgörüsüyle bağlantısı incelenmiştir. Çalışmaların amacı genel olarak heterojen OKB popülasyonu içinde farklı bir alt grubun varlığını ortaya koymaktır.

Marazziti ve arkadaşlarının 117 OKB hastası ile yaptıkları çalışmada hastaların %15'inde içgörü az ya da yok şeklinde belirlenmiştir. İçgörü azaldıkça somatik tipte obsesyonlarda artış eğilimi dışında içgörüyle klinik özellikler arasında bir ilişki bulunmamıştır.[12] Bir diğer çalışmada, içgörüsü iyi OKB hastaları, içgörüsü az OKB hastaları ve OKB ile birlikte şizofrenisi olan hastalardan oluşan 3 grubun klinik özellikleri karşılaştırılmıştır.[13] OKB hastaları içinde içgörüsü iyi hastaların oranı % 64, az olan hastaların oranı % 36 bulunmuştur. Bekleneceği gibi, OKB ve şizofreni birlikte olduğu hastalarda içgörü azlığı ya da içgörünün hiç olmaması yani delüzyonel olma olasılığı daha yüksek olup oran %65'e varmıştır. İçgörüsü az olan hastalarla OKB ve şizofreninin birlikte olduğu hastalarda OKB'nin başlangıcı daha erken, hastalık süresi daha uzun ve evlenmemiş hastalar daha fazla bulunma eğilimindedir. İçgörünün bozuk olduğu 2 grupta YBOCS total puanları, YBOCS'in obsesyon ve kompulsiyon puanları ve depresyon düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Yine içgörünün iyi olmadığı gruplarda özellikle şizotipal kişilik bozukluğu başta olmak üzere A kümesi kişilik bozuklukları daha fazladır. Klinik belirtiler açısından bakıldığında, içgörüsü kötü olan gruplarda istifleme, simetri ve düzen obsesyonları ile istifleme, biriktirme ve tekrarlama kompulsyonları daha fazla bulunmuştur. Bu gruplarda kontaminasyon ve yıkama belirtilerinin içgörüsü iyi hastalardan daha az bulunması araştırmanın dikkat çekici bir sonucudur.

OKB'de içgörü üzerine yapılan çalışmalardan biri de Türksoy ve arkadaşlarının araştırmasıdır.[14] Doksan dört OKB hastasında yapılan çalışmada içgörü azlığı %31 olguda bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların içgörüsü klinik değerlendirmeyle belirlenmiştir. İçgörüsü sorunu olan hastaların obsesyonlarının ve kompulsyonlarının şiddeti, depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Bu hastalarda major depresyon, narsisistik ve borderline kişilik bozukluklarının daha sık olduğu görülmüştür. İçgörüsü iyi olan hastalarda ise kaçınan kişilik bozukluğu daha fazladır. Obsesif kompulsif ve şizotipal kişilik bozuklukları açısından gruplar arasında fark yoktur. Depresyonun OKB'nin şiddetiyle ve içgörüyle ilişkili olduğu yorumu yapılmıştır. Araştırmanın sonuçları arasında YBOCS'in içgörüyü belirleyen 11. maddesiyle OKB şiddeti, depresyon ve anksiyetenin bağıntılı olduğu da vardır. İçgörünün sadece YBOCS toplam skoru tarafından yordandığı gösterilmiştir.

Tablo 1. OKB'de İçgörünün Klinik Özelliklerle İlişkisi (Kronolojik Sıraya Göre)

Çalışma	Katılımlar	İçgörü ölçütü	Temel bulgular
Marazziti ve ark. (2002)	117 OKB hastası, %15'inde içgörü az ya da yok	Y-BOCS özel maddesi	İçgörü azaldıkça somatik tip obsesyonlarda artış eğilimi dışında klinik ilişki saptanamamış.
Türksoy ve ark. (2002)	94 OKB hastası, %31'inde içgörü az	Klinik değerlendirme	İçgörüsü az olan hastalarda narsisistik ve borderline kişilik bozukluğunun yanı sıra major depresyon daha sık bulunmuş. İçgörünün sadece YBOCS toplam skoru tarafından yordandığı gösterilmiş.
Bellino ve ark. (2005)	74 OKB hastası	OVIS	İçgörüsü az olanlarda kronik seyir, paranoid ve şizotipal kişilik bozukluğu, pozitif aile öyküsü ve şiddetli semptomatojinin daha yüksek oranda bulunduğu; OKKB'nin ise OVIS puanlarıyla negatif ilişkide olduğu gösterilmiş.
De Berardis ve ark. (2005)	112 OKB hastası %29.5'unda içgörü az	Y-BOCS özel maddesi	OKB hastalarında içgörü ve aleksitimi arasındaki ilişki araştırılmış; içgörüsü az olanların daha aleksitimik, depresif oldukları ve OKB belirtilerinde şiddetli seyrettiği gözlemlenmiş; ayrıca aleksitimik OKB hastalarının %70'inde içgörünün az olduğu ya da hiç olmadığı gösterilmiş.
Poyurovsky ve ark. (2008)	15 OKB + Şizotipal KB hastası 31 OKB hastası	BABS	OKB+Şizotipal KB hastalarının içgörülerinin daha az olduğu, daha düşük işlevsellik sergiledikleri, negatif belirtilerin daha sık görüldüğü, ailelerinde şizofreni spektrum bozukluklarına daha sık rastlandığı ve antipsikotik güçlendirmesine daha sık ihtiyaç duydukları gösterilmiş.
Elvish ve ark. (2009)	94 OKB hastası %17'sinde içgörü az (Y-BOCS) %29.8'inde içgörü az (OVIS)	Y-BOCS ve OVIS'in özellikle dayalı formları	İçgörü bozukluğu komorbidite sayısı, düzenleme kompulsiyonlarının fazlalığı, kompulsiyonların şiddeti ve yüksek anksiyete düzeyiyle ilişkili bulunmuştur. Depresyon ve içgörü arasındaki ilişki bulunmaması, çalışmanın toplam örnekleminde gerçekleştirilmesine bağlanmıştır.
Catapano ve ark. (2010)	106 OKB hastası %21.7'sinde içgörü az	BABS	İçgörüsü az olanlarda erken başlangıç yaşı, şiddetli OKB ve depresyon belirtileri, şizotipal kişilik bozukluğu ve ailede şizofreni spektrum bozukluğu öyküsü daha yüksek oranda saptanmış; OKKB komorbiditesi ise iyi içgörü grubunda yüksek bulunmuş.
Cherian ve ark. (2011)	545 OKB hastası %9'unda içgörü az	Y-BOCS özel maddesi	İçgörü azlığı YBOCS total ve kompulsiyon puanlarıyla pozitif ilişkili bulunmuş, yine bu grupta kontaminasyon-yıkama belirtilerinin daha sık görüldüğü saptanmış. Agresif, cinsel ve dini obsesyonlar ise içgörünün iyi olmasıyla ilişkilendirilmiş.
Jakubovski ve ark. (2011)	824 OKB hastası %22'sinde içgörü az	BABS	İçgörü azlığı işsizlik, hastalığın şiddeti ve istifleme belirtisinin şiddetiyle ilişkili bulunmuş; hastalık şiddeti kontrol altına alınsa dahi istifleme ve düşük içgörü arasındaki ilişkinin sürdüğü gösterilmiş.
Önen ve ark. (2013)			İçgörüsü az olan hastaların metakognisyonlar bakımından psikotik hastalarla benzerlik gösterdiği ve bu hastaların klasik OKB hastalarına göre farklı tedavi yaklaşımlarından fayda göreceği öne sürülmüş.

BABS: Brown Assessment of Beliefs Scale, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, OKKB: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu, OVIS: Overvalued Ideas Scale, Y-BOCS: Yale Brown Obsessive Compulsive Scale

Bir diğer araştırmada 74 OKB hastasında içgörü Aşırını Değerlendirilmiş Fikirler Ölçeğiyle (OVIS) incelenmiştir.[2] Bu ölçekte yüksek puan alan hastaların OKB'leri kronik gidişli, paranoid ve şizotipal kişilik bozukluğu ek tanıları daha sık, ailelerinde OKB ve diğer anksiyete bozuklukları daha fazla bulunmuştur. Ayrıca, Y-BOCS puanları ve işsizlik oranları daha yüksek çıkmıştır. OVIS puanlarıyla kompulsiyonların şiddeti, hastalığın kronik gidişli olması, ailede OKB varlığının pozitif ilişkili, obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun içgörü kaybına karşı koruyucu olabileceği şeklinde ilginç bir sonuca varılmıştır.[2]

Elvish ve arkadaşları 94 OKB hastasında diğer araştırmalardan farklı olarak toplum temelli bir araştırma gerçekteşirmişlerdir.[15] İngiltere'de yapılan bu çalışmada denekler bir web sayfasına girerek de çalışmaya katılabilmiştir. Araştırmada YBOCS ve OVIS ölçeklerinin özbidirime dayalı şekilleri kullanılmıştır. İçgörüsü az olan OKB hastalarının oranı OVIS'le %29.8, YBOCS'ın 11. maddesiyle %17'dir. İki ölçekten OVIS'in daha geçerli olduğu ve YBOCS'in duyarlılığının düşük olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar içgörü bozukluğunu ek tanılarının sayısı, düzenleme kompulsiyonlarının fazlalığı, kompulsiyonların şiddeti ve yüksek düzeyde anksiyetenin belirlediğini göstermişlerdir. Anksiyete düzeyinin içgörüyu belirlediği ancak depresyonun içgörüye etkisinin olmadığının gösterilmesi araştırmanın klinik bir ortamda değil toplum örnekleminde gerçekteşirilmiş olmasına bağlanmıştır. Depresyon muhtemelen bireyin tedavi arayışına yol açtığından klinik örneklemlerde yapılan araştırmalarda depresyonun içgörüyu belirlediği bulunmaktadır. Diğer birçok araştırmada olduğu gibi bu çalışmada da OKB'nin demografik özellikleri içgörüyle ilişkili bulunmamıştır.[15] Catapano ve arkadaşlarının çalışmasında tüm hastaların %21.7'si olan içgörüsü az hastalarda OKB başlangıcı daha erken, OKB ve depresyon şiddeti daha fazla, ailede şizofreni spektrumu bozukluklarının oranı daha yüksek bulunmuştur.[16] İçgörüsü az olan hastalarda şizotipal, içgörüsü iyi olan hastalarda obsesif kompulsif kişilik bozukluğu oranı daha çıkmıştır. İçgörüsü az olan hastalar arasında işsizlik daha yüksektir.

Hindistan'da yapılan bir araştırmada diğer çalışmalara göre biraz farklı sonuçlara ulaşılmıştır.[17] Bu araştırma 545 OKB hastasıyla yapılmıştır. İçgörünün değerlendirmesinde YBOCS'ın 11. maddesi kullanılmıştır. Araştırmacılar içgörüsü az hastaların oranını % 9 bulmuşlardır. Bu grupta hastalığın şiddeti, YBOCS total ve YBOCS kompulsiyon puanları daha fazladır. Diğer araştırmalardan farklı olan sonuç bulaşma obsesyonu ve yıkama kompulsiyonu olan hastalarda içgörüsünün daha kötü olduğunun gösterilmesidir. Agresif, cinsel ve dini obsesyonlar ise içgörünün iyi olmasıyla ilişkili bulunmuştur. Araştırmanın bir diğer sonucu da içgörü azlığını bulaşma korkularının içgörünün iyi olması ise saldırganlık, cinsel ve dini obsesyonların yordamasıdır. YBOCS total puanının yüksekliği de içgörünün bozukluğunun yordayıcısıdır. YBOCS obsesyon alt puanı ile içgörünün yerinde olması arasında korelasyon eğilimi gösterilmiştir.

Jakubovski ve arkadaşlarının 6 merkezden toplanmış 824 hasta ile yaptıkları araştırmada OKB belirti boyutlarının içgörüyle ilişkisine bakılmıştır.[18] Bu araştırmada belirti boyutları Boyutsal YBOCS Ölçeğiyle kontaminasyon-yıkama, saldırganlık, cinsel-dini, simetri-düzenleme-sayma, istifleme ve çeşitli belirtiler boyutu olarak belirlenmiştir. Önceki araştırmaların sonuçlarına dayanarak, istiflemenin içgörü azlığıyla ilişkili bulunacağı öngörülmüştür. Bu ölçekle her bir belirti boyutun şiddeti ayrı olarak belirlenebilmektedir. Araştırmanın sonuçlarına göre, hastaların %22'sinin içgörüsü

azdır. İçgörü azlığı işsizlikle, hastalığın şiddeti ve istifleme belirtisinin şiddetiyle ilişkili bulunmuştur. Hastalığın şiddeti kontrol edildikten sonra da istifleme ile içgörü azlığı arasındaki ilişkinin devam ettiği gösterilmiştir. Hastalığın şiddetiyle içgörü azlığı arasındaki ilişki belirtilerini saçma ve anlamsız bulmayan hastaların bunlara karşı direnmemeleri ve kontrol altına alma çabasında bulunmalarıyla ilişkili gözükmektedir. Bu da YBOCS puanları artırarak şiddetli bir OKB'yi beraberinde getirmektedir. Bu araştırmada içgörünün tedavi uyumunu ya da motivasyonunu etkileyerek farmakoterapiyi ve davranışçı tedaviyi olumsuz etkileyebileceği düşünülmüştür.[18]

Tablo 2. OKB'de İçgörünün Tedavi Yanıtıyla İlişkisi (Kronolojik Sıraya Göre)

Çalışma	Katılımlar	İçgörü ölçütü	Uygulanan tedavi	Temel bulgular
Catapano ve ark. (2001)	70 OKB hastası, %16'sında içgörü az	BABS	24 hafta boyunca SGI'ların OKB için öngörülen dozları	İçgörüsü normal olan hastaların %52'sinin tedaviye yanıt verdiği içgörüsü az olan hastaların hiçbirinin tedaviye yanıt vermediği belirlenmiş
Erzegovesi ve ark. (2001)	159 OKB hastası, %12.6'sında içgörü az	Y-BOCS özel maddesi	12 hafta boyunca SGI'ların OKB için öngörülen dozları	Erken hastalık başlangıç yaşı ve içgörü azlığı tedaviye yanıtı ile ilişkilili bulunmuş.
Eisen ve ark. (2001)	71 OKB hastası %19.7'sinde içgörü az	BABS	16 hafta boyunca sertralini (100-200 mg/gün)	Tedavi başlangıcındaki içgörü düzeyinin ilaç tedavisine yanıtı belirlemediği ve içgörüsü az hastalarla içgörüsü iyi olan hastaların iyileşme olasılıklarının ve oranlarının benzer olduğu belirlenmiş.
Ravi Kishore ve ark. (2004)	100 OKB hastası %25'inde içgörü az	BABS	12 hafta boyunca SGI'ların OKB için öngörülen dozları	Tedaviye yanıt verenlerin %86'sının içgörüsü iyi iken, % 14' ünün içgörüsü az bulunmuş.
Himle ve ark. (2006)	69 OKB hastası	Y-BOCS özel maddesi	7 hafta boyunca grup tedavisi şeklinde BDT	Hem içgörüsü iyi hem de içgörüsü az hastaların tedaviden yararlandıkları ancak içgörüsü az olan hastaların tedaviye cevaplarının daha az olduğu sonucuna varılmış.
Alonso ve ark. (2008)	132 OKB hastası %29.5'unda içgörü az	BABS	12 hafta boyunca SGI'ların OKB için öngörülen dozları	Y-BOCS skorlarının tedaviyle birlikte düşmesinde gruplar arasında fark saptanmamış.
Catapano ve ark. (2010)	106 OKB hastası %21.7'sinde içgörü az	BABS	3 yıllık izlem boyunca SGI'ların OKB için öngörülen dozları kullanılmış. Gerekliğinde antipsikotik güçlendirmesi yapılmış.	İçgörüsü az olan hastalarda daha çok farmakolojik tedaviye başvurulduğu, antipsikotik güçlendirmesine daha çok ihtiyaç duydukları ve Y-BOCS skorlarının tedavinin başlangıcıyla kıyaslandığında daha az oranda düştüğü görülmüş.

BABS: Brown Assessment of Beliefs Scale, BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, SGI: Serotonin geri alım inhibitörü, Y-BOCS: Yale Brown Obsessive Compulsive Scale

Shimshoni ve arkadaşlarının daha önce bahsedilen içgörü ölçekleriyle ilgili çalışmasında BABS, OVIS, YBOCS'ın 11. maddesi ve DSM-IV'ün içgörü ölçütünün bağıntılı olduğunun gösterilmesinin yanında ek bir anksiyete bozukluğuna sahip olmanın, hastalığın erken başlamasının ve erkek olmanın içgörüyü olumsuz etkilediği de bulunmuştur. Depresyon ek tanısına sahip olan hastalarda içgörü depresyonu olmayan hastalardan farklı çıkmamıştır.[11]

OKB hastalarında içgörüyle aleksitiminin ilişkisi de araştırma konusu olmuştur.[19] Bu araştırmanın çıkış noktası aleksitimi ve içgörünün OKB hastalarında yardım arama davranışını etkileyebileceğidir. Öncelikle, bu çalışmada içgörü azlığının oranı %29.5

bulunmuştur. Aleksitimik OKB hastalarının %70'inde içgörünün az olduğu ya da hiç olmadığı gösterilmiştir. İçgörüyü yordayan faktörler olarak aleksitimi, depresyonun şiddeti, somatik ve biriktirme obsesyonları belirlenmiştir. İçgörüsü iyi olmayan hastaların OKB şiddeti ve depresyon düzeyleri de yüksek bulunmuştur. İçgörü, aleksitimi, depresyon ve OKB'nin şiddeti arasında karmaşık bir ilişki olduğu düşünülmüştür. İçgörü sorunu yaşayan hastaların daha aleksitimik, depresif ve OKB'si daha ağır bir gruba tanımlandığı kabul edilmiştir.[19] Ayrıca, aleksitimi skorlarının yüksekliği tedaviye geç başvurulması ve önceki tedavilerin başarısızlığıyla da ilişkili bulunmuştur. Aleksitimi OKB'de yardım arayışını olumsuz etkilemektedir.

OKB'de içgörü ve duygu dışavurumunun ilişkisi de çalışılmıştır.[20] Duygu dışavurumu hastanın aile üyelerinin hasta hakkında eleştirel, düşmanca ya da aşırı ilgili bir şekilde yorumlarda bulunmalarınıdır. Duygu dışavurumunun şizofreni gibi tekrarlayıcı bozukluklarda nükle ilgili önemli bir faktör olduğu kanıtlanmıştır. Bu çalışmada içgörü YBOCS'la, duygu dışavurumu özbidirime dayalı Aile Duygusal ve Eleştiri Ölçeği'yle değerlendirilmiştir. 75 OKB hastasının %30.7'sinin içgörüsü az ya da yoktur. İçgörüsü az olan hastalarda YBOCS ve duygu dışavurumu ölçeği skorları yüksek bulunmuştur. Kompulsiyonların şiddeti, depresyon düzeyi ve duygu dışavurumu ölçeğinin algılanan eleştiri alt ölçeğinin skorları içgörü azlığının belirleyicileri olarak ortaya konmuştur.

Şizofrenide OKB'nin görülme oranının genel popülasyondan daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmış birçok çalışma vardır. Şizofreniyle fenomenolojik ve nörobiyolojik açıdan benzer özellikler gösteren şizotipal kişilik bozukluğunun OKB'yle birlikte görülme oranının da daha yüksek olduğunu sergileyen çalışmalar yapılmıştır. OKB ve şizotipal kişilik bozukluğunun komorbid olduğu hastalarla bu komorbiditeyi taşımayan OKB hastaları karşılaştırılmıştır.[21] İlave olarak şizotipal kişilik bozukluğu olan hastaların evlenme ve çalışma oranlarının daha az olduğu, şizofreninin negatif belirtilerine daha çok sahip oldukları, genel işlevselliklerinin daha düşük, ailelerinde şizofreni spektrum bozuklukları olan bir üyeye sahip olma olasılıklarının daha fazla ve içgörülerinin daha az olduğu bulunmuştur. Tedavide antipsikotik eklenmesi daha fazla gereken bu hastaların incelenmesinin OKB'de içgörü azlığı hakkında fikir verebileceği düşünülmüştür.

Önen ve arkadaşları metakognisyonlarla içgörü arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır.[22] Metakognisyonların OKB'de ortaya çıkarıcı ve sürdürücü rol oynadığı düşünülmektedir. Bu araştırmada hem içgörüsü iyi hem de içgörüsü bozuk OKB hastalarının metakognisyon skorları sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur. İçgörüsü bozuk OKB hastalarının metakognisyon değerleri içgörüsü iyi hastalardan daha düşüktür. Bu sonuç içgörüsü kötü hastaların kendi düşüncelerini süreçlerini takip etmelerinin ve bunların farkında olmalarının içgörüsü iyi hastalara göre yetersiz olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Araştırmacılar içgörüsü az hastaların metakognisyonlar açısından psikotik hastalara benzer olabileceğini ve klasik OKB hastalarına göre farklı tedavi yöntemlerinden yararlanabileceklerini öne sürmüşlerdir. Yargısız farkındalık gibi metakognitif tekniklerin içgörüsü iyi olan hastalar için daha uygun olabileceği düşünülmüştür.[22]

OKB'de İçgörünün Tedavi Yanıtı Üzerine Etkisini İnceleyen Araştırmalar

İçgörüsü az olan hastaların içgörü sorunu olmayan hastalara göre tedavi yanıtlarının farklı olabileceği akla gelmektedir. İçgörüsü olmayan hastaların gerek farmakoterapiye

gerekse bilişsel davranışçı tedaviye yanıtlarının içgörüsü iyi hastalardan daha kötü olacağı beklenebilir.

Daha önce bahsedilen 2 çalışmada içgörüsüyle ilişkili klinik özelliklerin belirlenmesinin yanında içgörünün tedavi üzerindeki etkileri de araştırılmıştır.[13,16] Matsunaga ve arkadaşlarının çalışmasında içgörüsü iyi hastalar ve izlemede içgörüsü düzelen hastaların tedaviye daha iyi yanıt verdiği belirlenmiştir.[13] Bu çalışmada hastalara 6 ay süreyle 200 mg/güne varan klomipraminle birlikte bilişsel davranışçı tedavi uygulanmıştır. Catapano ve arkadaşlarının çalışmasının önemli bir özelliği hastaların 3 yıl boyunca izlenmiş olmalarıdır.[16] İzlem döneminin sonunda içgörüsü az olan hastalarda daha çok farmakolojik tedaviye başvurulduğu, antipsikotik güçlendirmesine daha çok ihtiyaç duydukları ve YBOCS skorlarının tedavinin başlangıcıyla kıyaslandığında daha az oranda düştüğü görülmüştür. Bu grupta OKB'nin en azından kısmi remisyona girmesi içgörüsü iyi hastalara göre daha düşük oranda gerçekleşmiştir. Olumsuz sonuçlanım içgörüsü iyi hastalarda %41.7 iken içgörüsü az hastalarda %100 bulunmuştur. İzlem sonuçları içgörüsü az olan hastaların farmakolojik tedavilere yanıtlarının iyi olmadığını ve prognozlarının da olumsuz olduğunu düşündürmüştür. Aynı zamanda bu grupta hastaların daha şiddetli seyrettiği sonucuna varılmıştır.

Catapano ve arkadaşlarının çalışmasında hastalar klomipramin, fluoksetin ya da fluvoxaminle 24 hafta tedavi edilmişlerdir.[23] İçgörüsü normal olan hastaların %52'sinin tedaviye yanıt verdiği içgörüsü az olan hastaların hiçbirinin tedaviye yanıt vermediği belirlenmiştir. Hastaların %16'sı olan içgörüsü az OKB grubunda eğitim süresi daha düşük, çalışmama oranı daha yüksek, çocukluk çağı psikiyatrik bozuklarının ve aile öyküsünde şizofreni spektrum bozukluklarının oranı daha yüksektir. Şizofreni spektrum bozukluklarıyla şizotipal kişilik özellikleri ya da şizotipal kişilik bozukluğu kastedilmiştir. Yine bu grubun YBOCS skorları depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. İçgörüsüyle hastalık şiddeti, direnç ve kontrol arasında korelasyon izlenmiştir.

Erzegovasi ve arkadaşlarının çalışmasında farklı serotonin geri alım engelleyicileriyle 12 hafta tedavi edilen OKB hastalarında erken hastalık başlangıç yaşı ve içgörü azlığı tedaviye yanıtsızlıkla ilişkili bulunmuştur.[24] İçgörü azlığı YBOCS'da içgörü madde-sinden üçten yüksek puan almak şeklinde tanımlanmıştır. Yüz elli dokuz hastanın %12.6'sının içgörüsü az olarak değerlendirilmiştir.

Eisen ve arkadaşlarının çalışması diğer çalışmalardan farklı bir sonuç ortaya koymuştur.[25] Yetmiş bir OKB hastası üzerinde yaptıkları çalışmada 16 hafta süren sertraline tedavisinin başlangıcındaki içgörü düzeyinin ilaç tedavisine yanıtı belirlemediği ve içgörüsü az hastalarla içgörüsü iyi olan hastaların iyileşme olasılıklarının ve oranlarının benzer olduğu bildirilmiştir.

Ravi Kishore ve arkadaşlarının 100 OKB hastası üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %25'inde içgörü az bulunmuştur.[26] İçgörüsü az olan hastaların içgörüsü iyi olanlara göre hastalık başlangıç yaşları daha erken, hastalık süreleri daha uzun, obsesif kompulsif belirtileri daha fazla, OKB'leri daha ağır, komorbid ruhsal bozuklukları ve değerlendirme sırasındaki major depresyon oranları daha fazladır. İçgörüsü az olanlarda biriktirme belirtisine daha fazla rastlanmıştır. Hastaların içgörü düzeylerini belirleyen BABS puanlarıyla hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi ve YBOCS'in obsesyon, kompulsiyon ve total puanları ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada farmakolojik tedavi uygulanmış ve uygun dozda verilen serotonin geri alım inhibitörlerinden yararlanılmıştır. Tedaviye yanıt verenlerin %86'sının içgörüsü iyi iken, % 14' ünün içgörüsü az bu-

lunmuştur. Tedaviye yanıt vermeyenlerde BABS düzeyi verenlere göre anlamlı şekilde daha yüksektir. BABS tedavi yanıtında varyansın % 67'sini açıklamıştır.

Himle ve arkadaşları 69 OKB hastasına grup tedavisi şeklinde bilişsel davranışçı tedavi uygulamışlardır.[27] Hem içgörüsü iyi hem de içgörüsü az hastaların tedaviden yararlandıkları ancak içgörüsü az olan hastaların tedaviye cevaplarının daha az olduğu sonucuna varılmıştır. Regresyon analiziyle içgörü azlığının olumsuz sonlanımla ilişkisi ortaya konmuştur. İçgörüsü bozuk hastaların tedaviden elde ettikleri kazanımların kalıcı olmamasının ve hastalıklarına yönelik yapılan düzeltici bilgilendirmenin nispeten etkisiz kalmasının olumsuz sonlanımının olası nedenleri arasında olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bu hastaların alıştırma ve tepki engellenmesi uygulamalarına bağlılıklarının daha düşük olması olasılığı da bir diğer neden olabilir.

Alonso ve arkadaşlarının araştırmasına 132 OKB hastası katılmıştır.[28] İçgörü azlığı BABS'tan 12 ya da daha fazla puan almak ve BABS'ın ikna olma maddesinden 3 ya da daha fazla puan almak şeklinde belirlenmiştir. Hastalar uygun doz ve sürede fluoksetin, fluvoksamin, klomipramin ya da klomipramin fluvoksamin kombinasyonu almışlardır. Hastaların %29.5'unda içgörü bozuk çıkmıştır. İçgörüsü az olan hastaların YBOCS total ve YBOCS obsesyon skorları daha yüksektir, depresif belirtileri daha fazladır ve bu grupta kişilik bozukluklarının oranı daha fazladır. İçgörüsü az olan hastalarda şizotipal kişilik bozukluğuna daha sık rastlanmış içgörüsü iyi olan hastaların ise bulaşma-temizleme belirtilerinin daha çok olduğu belirlenmiştir. İçgörüsü az olan hastaların diğer gruba göre eğitim sürelerinin daha az olduğu bulunmuştur. Regresyon analizinde depresif belirtilerin şiddeti, şizotipal kişilik bozukluğu ve eğitim süresi içgörü bozukluğunun yordayıcıları olarak bulunmuştur. Çalışmanın farmakolojik tedavi kısmında ise iki grubun YBOCS skorlarının tedaviyle birlikte düşmesinde istatistiksel anlamlılık düzeyinde farklılık çıkmamıştır.[28]

OKB'de içgörü üzerine araştırmalar çoğunlukla, içgörü farklılığının sosyodemografik, klinik özelliklerle ilişkisi ve içgörünün tedavi yanıtına etkisinin incelenmesi çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Ancak klinik ve tedavi yanıtı dışındaki alanlara eğilmiş bazı çalışmalar da vardır.

OKB'de İçgörü Azlığının Nörobiyolojik-Nöropsikolojik Temelleri

İçgörüsü olan ve olmayan OKB hastalarında manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile beyin anomalileri araştırılmıştır.[29] Bu çalışmada hastaların %43'ünde içgörü az bulunmuştur. İçgörüsü az olanlarda MRI'da anomali bulunma oranı %83 iken içgörüsü iyi olan hastalarda beyin anomalisi oranı %21'de kalmıştır. Araştırmacılar içgörüsü az olan hastaların farklı nöropatolojik özellikler gösteren bir OKB alt grubu oldukları sonucuna varmışlardır.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada 30 şizofreni, 30 OKB, 16 şizofreni ve OKB, 13 içgörüsü az OKB hastasının nöropsikolojik değerlendirmesi yapılmıştır.[30] Bilişsel işlevlerden yürütücü işlevler, görsel bellek, sözel bellek araştırılmıştır. Yürütücü işlevler Wisconsin Kart Eşleme Testi, Stroop testi, İz Sürme testinin A ve B kısımlarıyla değerlendirilmiştir. Görsel bellek Wechsler Bellek Ölçeği'nin Görsel Hatırlama alt testi, sözel bellek Sözel Bellek Süreçleri testi ve dikkat WAIS'in Sayı Dizisi alt testiyle ölçülmüştür. Bu araştırmanın sonucu içgörüsü az OKB hastalarının nöropsikolojik testlerdeki performansının içgörüsü iyi OKB hastalarından kötü ve şizofreni hastalarına benzer

olduğudur. Bu hastalar nöropsikolojik işlevler açısından OKB ile şizofreni arasında yer almışlardır. Böylece, OKB'de içgörüsü az hastaların ayrı bir alt grup kabul edilebileceği görüşü desteklenmiştir.[30]

Karadağ ve arkadaşları 38 içgörüsü iyi OKB hastası, 26 içgörüsü az OKB hastası ve 32 sağlıklı kontrolün nörolojik yumuşak işaretlerinin oranını karşılaştırmışlardır.[31] Nörolojik yumuşak işaretler nörogelişimsel bir bozukluğa ikincil olarak ortaya çıkan, lokalize etmeyen minör nörolojik bulgulardır. Yumuşak işaretlerin değerlendirmesinde Nörolojik Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek yumuşak işaretleri motor koordinasyon, duysal entegrasyon, karmaşık motor eylemlerin sıralanması ve diğerleri şeklinde 4 başlıkta incelemektedir. Araştırmada içgörü OVIS'le ölçülmüştür. Bu çalışmada içgörüsü az olan hastalarda motor koordinasyonu ve duysal entegrasyonu ölçen yumuşak işaretler içgörüsü iyi gruba göre daha fazla izlenmiştir. İçgörüsü az olan hastalar tüm alt ölçeklerde sağlıklı kontrollerden daha fazla bulgu verirken içgörüsü iyi olan hastaların motor koordinasyon ve duysal entegrasyon bulguları kontrollere benzer bulunmuştur. Çalışmanın bir diğer sonucu içgörüsü iyi olan hastaların ailelerinde OKB'nin, içgörüsü az olan hastaların ailelerinde ise şizofreni spektrum bozukluklarının daha yüksek bulunmuş olmasıdır. OKB hastaları içinde içgörüsü az olan hastaların daha ciddi frontal-subkortikal disfonksiyon gösteren bir alt grup olabileceği sonucuna varılmıştır. Bu grubun biyolojik özelliklerinin klasik OKB hastalarından farklı olduğu akla gelmektedir.[31]

İçgörüsü az OKB hastalarının özgül bir nöropsikolojik profil sergilediğinin ortaya konması bu grubun biyolojik özelliklerinin incelenmesinin ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinin önünü açacağından önemlidir. Yüz elli OKB hastasının 177 sağlıklı kontrolle karşılaştırıldığı çalışmada içgörünün değerlendirilmesinde BABS kullanılmıştır.[32] Nöropsikolojik bataryada zeka, dikkat, bellek, görsel-mekansal ve yürütücü işlevleri değerlendirilen testler vardır. Sonuçlarda, OKB hastalarının, dikkat, sözel olmayan bellek, yürütücü işlevlerden planlama, kurulumu değiştirme, görsel-mekansal işlem belleği ve tepki engellenmesi alanlarında kontrollerden farklı oldukları ortaya çıkmıştır. Araştırmada, dikkat Renkli İzler Testi, sözel olmayan bellek Karmaşık Şekil Testi, planlama Hanoi Kulesi Testi, kurulumu değiştirme Wisconsin Kart Eşleme Testi, çatışma çözümü ve tepki engellenmesi Stroop Renk-Kelime Testi, görsel mekansal işlem belleği Wechsler Bellek Testi III ile ölçülmüştür. Bu çalışmada içgörü YBOCS toplam skoru, klinik global izlem (CGI) skoru, simetri obsesyonları ve yıkama kompulsiyonlarıyla ilişkili bulunmuştur. İçgörü simetri obsesyonları ve yıkama kompulsiyonları olanlarda daha kötüdür. Nöropsikolojik testlerde ise, içgörüsü az hastalarda çatışma çözümü-tepki engellenmesi, sözel akıcılık ve sözel belleğin daha zayıf olduğu belirlenmiştir. Kashyap ve arkadaşları çalışmanın sonuçlarını önceki çalışmaların sonuçlarıyla da birleştirerek önerdikleri bir model çerçevesinde açıklamışlardır. Bu modele göre OKB'de mevcut hakim inançlar çevreden gelen düzeltici bilgiyle karşılaşmaktadır. İçgörüsü iyi hastalar gelen düzeltici bilgiden istifade ederek hakim inançlarını değiştirebilirler. Stroop testindeki bozulma içgörüsü az hastaların var olan inançları engelleyememelerinin ya da düzeltici bilgiyle karşılaşmanın yarattığı çatışmayı çözememelerinin, sözel bellek ve sözel akıcılıktaki bozulma ise düzeltici bilgiye ulaşamamalarının ve inançlarını modifiye edememelerinin nedeni olabilir. Böylelikle çevreden gelen ve mevcut inançlarla uyuşmayan düzeltici bilgiler var olan inançları etkileyememektedir.[32]

Tablo 3. OKB'de İlgörü Azlığının Nörobiyolojik ve Nöropsikolojik Temelleri (Kronolojik Sıraya Göre)

Çalışma	Katılımcılar	Uygulanan Tetkik ve Testler	Temel bulgular
Aigner ve ark. (2005)	84 OKB hastası, %43'ünde içgörü az	MRG	İçgörisü az olanlarda MRG' de anormali bulunma oranı %83 iken içgörisü iyi olan hastalarda beyin anomalisi oranı %21' de kalmış.
Tümkiye ve ark. (2009)	30 şizofreni 30 OKB 16 şizofreni +OKB 13 içgörisü az OKB	Yürütücü işlevler, görsel ve sözel bellek değerlendirilmesine yönelik nöropsikolojik testler	İçgörisü az olan hastalarda motor koordinasyonu ve duysal entegrasyonu ölçen yumuşak işaretler içgörisü iyi gruba göre daha fazla izlenmiş. İçgörisü iyi hastalar kontrollerle benzer performans sergilemiş.
Karadağ ve ark. (2010)	38 içgörisü iyi OKB hastası 26 içgörisü az OKB hastası 32 sağlıklı kontrol	Nörolojik Değerlendirme Ölçeği kullanılarak nörolojik yumuşak işaretler araştırılmış.	İçgörisü az olan hastalarda motor koordinasyonu ve duysal entegrasyonu ölçen yumuşak işaretler içgörisü iyi gruba göre daha fazla izlenmiş. İçgörisü iyi hastalar kontrollerle benzer performans sergilemiş.
Jaafari ve ark. (2011)	20 OKB hastası	Hastaların karar verme sürelerini değerlendiren deneysel bir test uygulanmış.	Hastaların içgörüleri bozuldukça karar aşamasında emin olamama sürelerinin arttığı gözlemlenmiştir.
Kashyap ve ark. (2012)	150 OKB hastası 177 sağlıklı kontrol	Zeka, dikkat, bellek, görsel-mekansal ve yürütücü işlevleri değerlendirilen nöropsikolojik testler	İçgörisü az hastalarda çatışma çözümü-tepki engellenmesi, sözel akıcılık ve sözel belleğin daha zayıf olduğu belirlenmiştir.

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

OKB'de içgörüyü bir bilişsel psikoloji deneyi kullanarak araştıran başka bir çalışmada ise kontrol etme eylemiyle bağlantılı bilişsel özelliklere odaklanılmıştır.[33] Deneyde deneklere önce bir şekil gösterilmiş bundan birkaç saniye sonra gösterilen bir diğer şeklin ilk şekille aynı olup olmadığı sorulmuştur. Deneğe karar vermeden önce geri dönüp kontrol etme şansı tanınmıştır. Bilişsel kusurun göstergesi olarak kontrol etme ya da karar verme öncesindeki emin olamama ya da kuşkuyu yansıtan tepki süresi kullanılmıştır. Çalışmada içgörü BABS'la ölçülmüştür. Hastaların içgörüleri bozuldukça deneyde karar almadaki emin olamama süreleri artmıştır.

Tartışma

OKB hastalarının hepsinin belirtilerini egodistonik buldukları ya da içgörülerinin tam olduğu görüşü değişmektedir. DSM-IV-TR'nin içgörisü az olan belirleyicisine izin vermesi de bu değişimi yansıtmaktadır ancak bu durum ancak klinikte bazı güçlükleri beraberinde getirmiştir. [34] OKB'de içgörünün var ya da yok şeklinde belirlenmesini uygun değildir. İçgörünün bir yelpaze ya da süreklilik şeklinde anlaşılması gerekir. Bu yelpazenin bir ucunda içgörisü kusursuz olan hastalar bir diğer ucunda içgörisü hiç olmayan hastalar yer alacaktır. DSM-5 obsesyonlar sanrısız düzeyde de olsa OKB tanımının konulabileceğini belirlemiştir.[35] Bu şekilde uzun yıllar psikiyatriye hakim olan obsesyonların sanrılara geçişinin imkansız olduğunu savunan Kraepelin'in bakış açısı tamamen reddedilmektedir.[34]

Araştırmalarda içgörisü az olan OKB hastalarını içgörisü iyi olan hastalardan ayıran birçok özellik ortaya konmuştur. Bu özellikler Tablo 1, 2 ve 3'de özetlenmiştir. İçgörü azlığıyla ilişkili bazı özelliklerin diğerlerinden daha sık ortaya konduğu söylene-

bilir. İçgörüsü az olan grupta OKB'nin şiddeti, depresyon ve anksiyete eşanlıları ya da düzeyleri daha fazla ve şizotipal kişilik bozukluğunun oranı daha yüksek bulunmuştur. OKB belirtilerinden istiflemenin bu grupta daha sık olduğu gösterilmiştir. Tedaviyle ilişkili araştırmalar değerlendirildiğinde ise, içgörüsü az olan hastaların çoğunlukla tedavi yanıtının daha olumsuz olduğu söylenebilir. İstiflemesi olan hastaların tedavide genelde iyi yanıt vermediklerini gösteren literatürde çok sayıda çalışma vardır.[36,37]

OKB'de içgörüsüyle, hastalığın şiddeti, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında muhtemelen karşılıklı ilişkiler vardır. İçgörüsü az OKB, OKB'nin şiddetli bir formu olabilir.[26] Bu hastalardaki yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri OKB'nin şiddetiyle açıklanabilir. Öte yandan, depresyon düzeyinde artış (ya da OKB'ye major depresyonun eşlik etmesi) obsesyonların aşırı değerlendirilmiş düşüncelere ya da sanrılara dönmesine yol açabilir.[14,23] Yüksek anksiyete (ya da komorbid anksiyete bozukluklarının varlığı) hastaların korktukları durumun gerçekleşeceğinden emin olmalarıyla ortaya çıkabilir.[38]

Sonuç

İçgörüsü az olan OKB'de nöropsikolojik performansta daha ağır bozulmalar, daha fazla MRI bulgusu ve yumuşak nörolojik işaretler saptanması bu grubun içgörü sorunu olmayan hastalardan farklı nörobijolojik özellikler gösterdiğini düşündürmektedir. İçgörüsü az olan OKB hastalarında şizotipal kişilik bozukluğu komorbiditesinin sıklığı, ailelerinde şizofreni ya da şizofreniyle ilişkili bozuklukların sık görülmesi, antipsikotik eklenmesine daha çok başvurulması ve nöropsikolojik test performansının şizofren hastalara benzer bir profil sergilemesi bu grubun şizofreniye benzer özellikler gösterdiğini düşündürmektedir. İçgörüsü az olan ya da olmayan hastaların, OKB hastaları içinde klinik, etyolojik, tedavi ve gidiş özellikleri açısından bir alt grup mu olduğunu yapılacak araştırmalar ortaya koyacaktır.

Kaynaklar

1. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994; 32:343-353.
2. Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry Res* 2005; 136:223-231.
3. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:90-96.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 1994.
5. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. In *Anksiyete Bozuklukları* (Eds R Tükel, T Alkın):284-290. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006.
6. Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry* 1998; 155:102-108.
7. Özcan T, Kuru E, Şafak Y, Karadere ME, Yavuz KF, Turçapar MH. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2013; 2:25-33.
8. Neziroglu F, McKay D, Yaryura-Tobias JA, Stevens KP, Todaro J. The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37:881-902.
9. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:1006-1011.
10. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004; 68:319-329.

11. Shimshoni Y, Reuven O, Dar R, Hermesh H. Insight in obsessive-compulsive disorder: a comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011; 42:389-396.
12. Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F et al. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry* 2002; 17:407-410.
13. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry* 2002; 43:150-157.
14. Turksoy N, Tukul R, Ozdemir O, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2002; 16:413-423.
15. Elvish J, Simpson J, Ball LJ. Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions?. *J of Anxiety Disord* 2010; 24:231-237.
16. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010; 34:323-330.
17. Cherian AV, Narayanaswamy JC, Srinivasaraju R, Viswanath B, Math SB, Kandavel T et al. Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD? *J Affect Disord* 2012; 138:352-359.
18. Jakubovski E, Pittenger C, Torres AR, Fontenelle LF, do Rosario MC, Ferrão YA et al. Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; 35:1677-1681.
19. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A et al. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255:350-358.
20. De Berardis D, Campanella D, Serront N, Gambi F, Carano A, La Rovere R et al. Insight and perceived expressed emotion among adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Pract* 2008; 14:154-159.
21. Poyurovsky M, Faragian S, Pashinian A, Heidrach L, Fuchs C, Weizman R et al. Clinical characteristics of schizotypal-related obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2008; 159:254-258.
22. Önen S, Karakaş Uğurlu G, Çayköylü A. The relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2013; 54:541-548.
23. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2001; 34:62-68.
24. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21:488-492.
25. Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB et al. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2001; 42:494-497.
26. Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy Y, Chandrasekhar C, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2004; 19:202-208.
27. Himle JA, Van Etten ML, Janeck AS, Fischer DJ. Insight as a predictor of treatment outcome in behavioral group treatment for obsessive-compulsive disorder. *Cognit Ther Res* 2006; 30:661-666.
28. Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, Jaurieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N, et al. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2008; 49:305-312.
29. Aigner M, Zitterl W, Prayer D, Demal U, Bach M, Prayer L et al. Magnetic resonance imaging in patients with obsessive-compulsive disorder with good versus poor insight. *Psychiatry Res* 2005; 140:173-179.
30. Tumkaya S, Karadag F, Oguzhanoglu NK, Tekkanat C, Varma G, Ozdel O et al. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: a neuropsychological comparison. *Psychiatry Res* 2009; 165:38-46.
31. Karadag F, Tumkaya S, Kirtaş D, Efe M, Alacam H, Oguzhanoglu NK. Neurological soft signs in obsessive compulsive disorder with good and poor insight. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; 35:1074-1079.
32. Kashyap H, Kumar J, Kandavel T, Reddy Y. Neuropsychological correlates of insight in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 126:106-114.
33. Jaafari N, Aouizerate B, Tignol J, El-Hage W, Woufouf I, Guehl D et al. The relationship between insight and uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2011; 44:272-276.
34. Gelegen V, Tamam L. Şizoobsesif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013; 5:204-219.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
36. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Soares ID, Versiani M. Patients with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms: A distinctive clinical subtype? *Compr Psychiatry* 2004; 45:375-383.

37. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:564-576.
38. Elvish J, Simpson J, Ball LJ. Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions? *J Anxiety Disord* 2010; 24:231-237.

Serkut Bulut, Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İstanbul; **Nurhan Fıstıkçı**, Uzm.Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; **Volkan Topçuoğlu**, Prof.Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İstanbul.

Yazışma Adresi/Correspondence: Nurhan Fıstıkçı, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Turkey.

E-mail: nurhanfistikci@gmail.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

The author reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol6/no2/

Çevrimiçi yayım / Published online 29 Ağustos/August 29, 2013; doi: 10.5455/cap.20130816032746
