

# Panik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Yeme Tutumları Açısından Karşılaştırılması

Gül Özsoylar<sup>1</sup>, Aslıhan Sayın<sup>2</sup>, Selçuk Candansayar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uz.Dr., Tekirdağ Devlet Hastanesi, Tekirdağ, <sup>1</sup>Uz.Dr., <sup>3</sup>Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara

## ÖZET

**Amaç:** Obesif-kompulsif bozukluğun (OKB) günümüz tanı ve sınıflandırma sistemlerinde anksiyete bozuklukları arasında yer alıyor olması uzun süreden beri tartışılmaktadır. Bu çalışmanın amacı; OKB tanısı almış hastalarla, bir diğer anksiyete bozukluğu olan panik bozukluğu (PB) tanısı almış hastaları "obsesif-kompulsif spektrum" içerisinde yer alan yeme bozuklukları belirtileri açısından karşılaştırmaktır. **Yöntem:** 31 PB, 33 OKB hastasına sosyodemografik bilgi formu, Yeme Tutum testi (YTT), Hastane Anksiyete Ölçeği (HAÖ), Hastane Depresyon Ölçeği (HDÖ), Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) verilmiş, iki grubun boy ve kiloları ölçülerek vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanmış, elde edilen veriler açısından istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. **Bulgular:** İki grup arasında VKİ, YTT, HAÖ ve HDÖ açısından anlamlı fark yoktur. PB hasta grubunda YTT puanlarıyla HAÖ, HDÖ, PAÖ arasında ise anlamlı bir korelasyon yoktur ( $p>0.05$ ). OKB hasta grubunda ise; YTT puanları HAÖ, HDÖ ve MOKSL puanları ile olumlu ( $r=.406, .392$  ve  $.590$ ) ve anlamlı ( $p=.000$ ) bir şekilde koreledir. **Sonuç:** Bu durum klinik olarak olmasa da, subklinik olarak obsesif kompulsif belirtilerle yeme tutumu patolojileri arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Benzer ilişkinin panik belirtileriyle yeme tutumu arasında gözlenmemiş olması, OKB'nin bir diğer anksiyete bozukluğu olan PB'dan farklı bir kategoride değerlendirilmesi gerektiğini ve "obsesif kompulsif spektrum" kavramını destekler niteliktedir.

**Anahtar Sözcükler:** panik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, yeme tutumu, obsesif kompulsif spektrum, anksiyete bozuklukları.

(*Klinik Psikiyatri 2008;11:17-24*)

## SUMMARY

### Comparison of Patients with Panic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder with Regard to Eating Attitudes

**Objectives:** Placing obsessive-compulsive disorder (OCD) among anxiety disorders in current diagnostic and classification systems has been an issue of discussion for many years. The purpose of this study is to compare OCD patients with panic disorder (PD) patients with regard to symptoms of eating disorders, which exist in so called "obsessive-compulsive spectrum". **Method:** 31 PD, 33 OCD patients were given sociodemographic information form, Eating Attitudes Test (EAT), Hospital Anxiety Scale (HAS), Hospital Depression Scale (HDS), Panic-Agoraphobia Scale (PAS) and Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire (MOCQ), their heights and weights were evaluated and their body-mass index (BMI) was calculated, obtained data was compared by statistical analysis. **Results:** There was no statistically significant difference between two groups with regard to BMI, EAT, HAS, HDS. EAT scores of PD patients did not show any significant correlation with HAS, HDS, PAS ( $P>0.05$ ). HAS, HDS and MS scores of OCD patients positively ( $r=.406, .392$  ve  $.590$ ) and significantly ( $p=0.000$ ) correlated with EAT scores. **Conclusion:** These results show that, obsessive compulsive symptoms may be subclinically, but not clinically, related to eating attitudes pathology. A similar relation was not observed with panic symptoms, so it may be considered that OCD should be classified under a different subtype than PB and our results give further support to the concept of "obsessive-compulsive spectrum".

**Key Words:** Panic disorder, obsessive compulsive disorder, eating attitudes, obsessive compulsive spectrum, anxiety disorders.

Bu çalışma poster bildirisi olarak 2006 Dünya Psikiyatri Kongresi'nde sunulmuştur.

## GİRİŞ

Günümüzde yaygın olarak kullanılan psikiyatrik tanı ve sınıflandırma listelerinde obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) anksiyete bozuklukları tanı kategorisinde yer alıyor olması uzun zamandan beri tartışılmaktadır (Tynes ve ark. 1990). Bu tartışmalar, klinikte önde gelen belirtisi tekrarlayan davranışı baskılama zorlukları ve subjektif kompulsiyon hissi olan ve bu özellikleri ile OKB'ye benzer özellikler gösteren bazı sendromların "obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları" başlığı altında toplanmasına neden olmuştur. Bu spektrumda tik bozuklukları (örneğin Tourette bozukluğu ve geçici veya kronik tikler), beden dismorfik bozukluğu, hipokondriyazis, yeme bozukluğu (anoreksiya ve bulimiya nervoza), trikotilomani ve diğer kendine zarar verme sendromları (onikofaji; aşırı tırnak yeme) ile kompulsif deri yolma yer alır.

Günümüzde obsesif-kompulsif spektrum bozukluklarıyla panik bozukluğu (PB) gibi anksiyete bozukluklarının arasındaki ilişkiye dair yeterince çalışma yapılmamıştır. Eğer OKB ile spektrum bozuklukları arasındaki ilişki eşsiz ise, diğer anksiyete bozukluklarındansa OKB ile birlikte görülmelerinin daha fazla olması beklenir. Eğer bu durum söz konusuysa, ortak bir biyolojik yatkınlık bulunabilir ve bu nedenle günümüzdeki anksiyete bozuklukları tanıları sınıflandırma sistemlerinde temel bir değişiklik yapmak söz konusu olabilir.

PB olan hastalarda obsesif-kompulsif belirtilerin %6-60 oranında eşlik ettiği, yaklaşık %20'sinde eş tanı olarak OKB'nin görüldüğü bildirilmektedir (Torres ve ark. 2004, Fontenelle ve ark. 2005). OKB tanısı alan hastaların %39-60'ında en az bir defa panik atak görüldüğü ve hastaların %14-15'inde yaşam boyu PB tanısı konulduğu gözlenmiştir (Karno ve ark. 1988, Austin ve ark. 1990). Bu rakamlar belirtilerin şiddetine, kullanılan tanı ölçütlerine, örneklemin özelliklerine ve çalışma ortamına göre değişmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada; birincil tanısı OKB olan 60 hasta eşlik eden anksiyete bozuklukları açısından taranmış, en sık eşlik eden anksiyete bozukluğunun özgül fobi (%48.3) olduğu, bunu sırasıyla yaygın anksiyete bozukluğu (%33.3), PB (%28.3), sosyal fobi (%26.7), agorofobi (%10) ve travma sonrası stres bozukluğu (%5) izlediği bulunmuştur. Eş zamanlı bulunan anksiyete düzeyinin artmasına

paralel olarak obsesyon ve kompulsiyonların şiddetinde artış olduğu da tespit edilmiştir (Tamam ve ark. 2003).

PB olan hastalar bebeğine zarar vermek, yüksekten atlamak, kendini bir tren ya da otobüsün önüne atmak gibi "obsesyona benzeyen korkular" geliştirebilirler. PB ile ilişkili obsesif-kompulsif fenomenin sıradan obsesyonlara göre daha fazla uyaran bağımlı olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden PB ile ilişkili durumlara "tepkisel (reactive)" obsesyon, OKB'de görülen obsesyonlara "kendiliğinden oluşan (autogenous)" obsesyon denmesi önerilmektedir (Lee ve Kwon 2003). Obsesif-kompulsif sendrom PB'nin şiddetli bir atağı sırasında ortaya çıktığında, bu durumun PB'nin bir parçası mı olduğu, yoksa OKB'nin bir şekli mi olduğu konusu tartışmalıdır. Bu duruma "OKB'nin panikle ilişkili alt tipi" denmesi önerilmektedir (Fontenelle ve ark. 2005).

OKB ve PB arasında yakın bir ilişki olduğu birçok eş tanı araştırmasıyla gösterilmiş olsa da, bu ilişkinin ortak bir genetik, nörobiyolojik ya da bilişsel bir yatkınlıktan mı kaynaklandığı, yoksa birinin birincil mi olduğu konusu tartışmalıdır. Genetik etiyojolojiyi araştıran bir çalışmada; OKB grubunda sağlıklı kontrollere göre serotonin transporter geninin s/s genotipinin daha sıklıkla görüldüğü, allel frekansı açısından PB, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (Perez ve ark. 2006). Oysa, başka bir çalışmanın sonucu yaygın anksiyete bozukluğu ile agorafobinin OKB ile ortak bir ailesel etiyojoloji paylaştığını göstermiştir (Nestadt ve ark. 2001). Nörobilişsel işlevler açısından yapılan çalışmalar, OKB'de, PB ve diğer anksiyete bozukluklarına göre özgül olacak şekilde ventral beyin bölgelerinin, özellikle de frontal-striatal döngünün tutulumunu desteklemektedir (Boldrini ve ark. 2005, Van den Heuvel ve ark. 2005). Bir çalışmada obsesif-kompulsif spektrum bozukluklarının eş tanı paternleri ve görülme oranları açısından OKB'yi diğer anksiyete bozukluklarından ayırt edebiliyor edemediğini araştırılmış; sonuçta OKB hastalarının, PB hastaları ve sosyal anksiyete bozukluğu hastalarına göre daha fazla obsesif-kompulsif spektrum durumuna (klinik veya subklinik yeme bozukluğu, tik bozukluğu, trikotilo-

mani, deri yolma) sahip olduğu gözlenmiştir (Richter ve ark. 2003).

Tüm bu bulgular OKB ile diğer anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkinin doğasını açıklamakta ve OKB'nin hangi tanı grubu altında yer alacağı sorusunu yanıtlamakta yetersiz kalmaktadır. Bu çalışmanın amacı; OKB tanısı almış hastalarla, bir diğer anksiyete bozukluğu olan PB tanısı almış hastaları "obsesif-kompulsif spektrum" içerisinde yer alan yeme bozuklukları belirtileri açısından karşılaştırmaktır. Varsayımımız, bu spektrum özelliğinden dolayı, OKB hastalarının yeme tutumu psikopatolojileri açısından PB hastalarına göre daha yüksek puan alacakları şeklindedir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Ocak 2003-Ocak 2004 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu tarihler arasında ayaktan tedavi için başvurmuş olan ve yarı yapılandırılmış bir görüşme ile DSM-IV ölçütlerine göre panik bozukluğu veya obsesif kompulsif bozukluk tanısını karşılayan hastalarda çalışmanın amacı anlatılmış, sözel onam veren 31 panik bozukluğu, 33 obsesif kompulsif bozukluk hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmadan dışlanma ölçütleri; DSM-IV'e göre herhangi bir başka eksen I psikiyatrik tanı almış olmak, 18 yaşından küçük, 70 yaşından büyük olmak ve okuryazar olmamaktır. Ayrıca, cinsiyetin Yeme Tutum Testi sonuçlarını etkileyebilecek bir değişken olmasından dolayı (Büyükgoze-Kavaş 2007) çalışmaya sadece bayan hastalar dahil edilmiştir.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların yaş, köken, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum gibi sosyodemografik bilgileri kaydedilmiştir. Boy ve kiloları ölçülerek vücut kitle indeksleri hesaplanmıştır (kilogram cinsinden vücut ağırlığı/metre cinsinden boyun karesi). Hastalara aşağıdaki ölçekler uygulanmıştır:

*Panik Agorafobi Ölçeği PAÖ*): Panik bozukluğu tanısı almış hastalarda panik atakları, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerde kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancını değerlendirmek amacıyla Bandelow (1995) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Hem gözlemci, hem de öz bildirim formları vardır. Beşli likert tipi ölçüm sağlamak-

tadır. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (Tural ve ark. 2000). Bu çalışma için ölçeğin Türkçe formunun öz bildirim anketi sadece panik bozukluğu almış hastalara, hastalık şiddetini belirlemek amacıyla uygulanmıştır.

*Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)*: Sağlıklı kişiler ve psikiyatrik hasta gruplarında obsesif kompulsif belirtilerin türünü ve yaygınlığını ölçmek amacıyla kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin orijinalinde (Hodgson ve Rachman 1977) kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve kuşku alt ölçekleri varken, Türkçe formuna (Erol ve Savaşır 1988) ruminasyon alt ölçeği de eklenmiştir. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve denekler doldururken kendilerine uyan doğru/yanlış yanıtı işaretlerler. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu çalışmada bu ölçek, sadece obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış olan hastalara, belirtilerinin yaygınlığını ölçmek amacıyla verilmiştir.

*Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği*: Zigmond ve Snaith (1983) tarafından bedensel hastalığı olanlar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranların anksiyete ve depresyon yönünden riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Ölçüm dörtlü likert tipi ile sağlanmaktadır. Türkiye'de yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması (Aydemir 1997) sonucunda anksiyete alt ölçeği (HAÖ) için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği (HDÖ) için ise 7/8 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada bu ölçek her iki hasta grubuna da, anksiyete ve depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla verilmiştir.

*Yeme Tutumu Testi (YTT)*: Hem yeme bozukluğu olan hastalardaki, hem de yeme bozukluğu olmayan bireylerdeki yeme davranışındaki olası bozuklukları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (Garner ve Garfinkel 1979). Kırk maddeden oluşur ve ölçüm altılı likert tipi ile yapılır. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (Savaşır ve Erol 1989) ve Türkçe formu için kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu çalışmada bu ölçek her iki hasta grubuna da yeme tutumlarını değerlendirmek amacıyla verilmiştir.

**Tablo 1.** Hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Panik bozukluğu (n=31)		Obsesif-kompulsif bozukluk (n=33)		P
	N	%	N	%	
<b>Köken</b>					
Kentsel	21	67.7	21	63.6	0.7
Kırsal	10	32.3	12	36.4	
<b>Eğitim</b>					
İlkokul-Ortaokul-lise	11	35.5	13	39.4	0.5
Üniversite-yüksek okul	20	64.5	20	60.6	
<b>Meslek</b>					
İşsiz/ev hanımı	15	48.4	18	54.5	0.8
Çalışıyor	13	41.9	12	36.4	
Emekli	3	9.7	3	9.1	
<b>Medeni durumu</b>					
Bekar	9	29.0	7	21.2	0.7
Evli	20	64.5	2	6.5	
Dul/boşanmış	23	69.7	3	9.1	

**İstatistiksel yöntemler:**

Çalışmada elde edilen tüm veriler SPSS istatistik programının 10.0 versiyonu kullanılarak değerlendirilmiştir. Hasta gruplarının sosyodemografik bilgileri açısından karşılaştırılmasında ki-kare, ölçek sonuçları, boy, kilo ve vücut kitle indeksi açısından karşılaştırılmasında bağımsız değişkenler için t-testi, elde edilen ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonlarının hesaplanmasında Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. P değerinin 0.05'den küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**BULGULAR**

Panik bozukluğu hastalarını yaş ortalaması  $37.83 \pm 9.97$ , OKB hastalarının yaş ortalaması  $34.60 \pm 10.34$ 'dir ( $p=0.7$ ). İki hasta grubunun diğer sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmektedir. Buna göre meslek dağılımı, eğitim durumu, köken ve medeni durum açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 2'de iki hasta grubunun boy, kilo, VKİ, YTT, HDÖ ve HAÖ puanlarının karşılaştırması gösterilmektedir. Buna göre; iki hasta grubu arasında boy, kilo, VKİ, YTT, HDÖ ve HAÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. OKB hastalarının MOKSL puanı ortalaması  $20.46 \pm 8.19$  (en düşük puan 6, en yüksek puan 34), PB hastalarının PAÖ puanı ortalaması  $21.25 \pm 9.34$  (en düşük 3, en yüksek 38) idi.

İki hasta grubunun elde ettiği test sonuçları arasındaki korelasyonlar Tablo 3'de gösterilmektedir. PB hasta grubunda YTT puanlarıyla VKİ, HAÖ, HDÖ, PAÖ arasında ise anlamlı bir korelasyon yoktur. PB hastalarının HAÖ'den aldıkları puanlarla HDÖ ve PAÖ puanları arasında olumlu (sırasıyla;  $r=.625$  ve  $.657$ ) ve anlamlı (her ikisi için de  $p=.000$ ) bir korelasyon vardır. OKB hasta grubunda ise; YTT puanları HAÖ, HDÖ ve MOKSL puanları ile olumlu (sırasıyla;  $r=.454$ ,  $.521$  ve  $.570$ ) ve anlamlı (sırasıyla;  $p=0.009$ ,  $0.002$  ve  $0.001$ ) bir şekilde koreledir. OKB hastalarında ayrıca HAÖ ile HDÖ arasında ( $r=.731$ ,  $p=0.000$ ), HAÖ ile

**Tablo 2.** Panik bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) olan hastaların boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ) ile ortalama Yeme Tutum Testi (YTT), Hastane Anksiyete Ölçeği (HAÖ), Hastane Depresyon Ölçeği (HDÖ), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) ve Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) puanlarının karşılaştırılması

	<b>Panik bozukluğu</b>	<b>OKB</b>	<b>P</b>
	<b>Ort ± ss</b>	<b>Ort ± ss</b>	
Boy (santimetre)	162.06 ± 6.09	162.25 ± 6.13	0.9
Kilo (kilogram)	64.22 ± 10.21	64.96 ± 10.34	0.7
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	24.65 ± 4.71	24.06 ± 4.02	0.6
YTT	18.25 ± 10.98	24.37 ± 15.29	0.07
HAÖ	11.51 ± 5.16	11.12 ± 4.55	0.7
HDÖ	9.80 ± 5.22	9.12 ± 5.41	0.6
MOKSL	-	20.46 ± 8.19	-
PAÖ	21.25 ± 9.34	-	-

**Tablo 3.** Panik bozukluğu (PB) ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) olan hastaların Vücut Kitle İndeksi (VKİ), Yeme Tutum Testi (YTT), Hastane Anksiyete Ölçeği (HAÖ), Hastane Depresyon Ölçeği (HDÖ), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) ve Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) puanları arasındaki Pearson korelasyonları

<b>PB hastaları</b>	<b>YTT</b>	<b>HAÖ</b>	<b>HDÖ</b>	<b>PAÖ</b>
VKİ	.334	-.163	.271	-.053
YTT		-.094	-.090	-.056
HAÖ			.625**	.657**
HDÖ				.354
<b>OKB hastaları</b>	<b>YTT</b>	<b>HAÖ</b>	<b>HDÖ</b>	<b>MOKSL</b>
VKİ	-.193	-.032	-.242	-.229
YTT		.454**	.521**	.570**
HAÖ			.731**	.657**
HDÖ				.737**

\*: p<0.05 için istatistiksel olarak anlamlı, \*\*: p<0.01 için istatistiksel olarak anlamlı

MOKSL arasında ( $r=.657$ ,  $p=0.000$ ), HDÖ ile MOKSL arasında ( $r=.737$ ,  $p=0.000$ ) anlamlı ve olumlu bir ilişki vardır.

## TARTIŞMA

Bu çalışma bulguları varsayımımızı kısmen desteklemektedir. OKB ve PB hastaları arasında yeme tutumları açısından anlamlı fark olmasa da, kore-

lasyon analizinde panik belirtileriyle yeme tutumları anlamlı korelasyon göstermezken, obsesif kompulsif belirtilerin artmasıyla yeme tutumu patolojilerinin arttığı gözlenmiştir. OKB hasta grubunda yeme tutumları genel anksiyete ve depresyon durumundan da olumsuz etkilenmektedir. Bu durum klinik olarak olmasa da, subklinik olarak obsesif kompulsif belirtilerle yeme tutumu patolojileri arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Benzer ilişkinin panik belirtileriyle yeme tutumu arasında gözlenmemiş olması, OKB'nin bir diğer anksiyete bozukluğu olan PB'dan farklı bir kategoride değerlendirilmesi gerektiğini ve "obsesif kompulsif spektrum" kavramını destekler niteliktedir.

Bu çalışmada spektrum özelliğini araştırma açısından yeme tutumunun seçilmiş olmasının en önemli nedeni; yapılan araştırmalarda yeme bozukluklarının sadece OKB ile değil, tüm anksiyete bozukluklarıyla sık birliktelik gösterdiğinin gözlenmesidir. Oranlar her ne kadar değişik çalışmalarda farklı olarak verildiyse de, yeme bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu görülme sıklığının %75 civarında olduğu bildirilmektedir (Bulik ve ark. 1997). Yeme bozukluklarının etiolojisinde ve sürdürümünde anksiyeteyi azaltmanın önemli bir rolü olduğu bilinmektedir. Örneğin; anksiyeteyi azaltma modelinde kusmanın bulimikler için bir "kaçış" cevabı olduğu, "yasak yiyeceklerle" tetiklenen vücut şekli ve kilo hakkındaki anksiyeteyi azalttığı ileri sürülmektedir (Hindichsen ve ark. 2004).

Çalışmada örneklem grubundan birini OKB hastaları arasında seçmiş olmamızın en önemli nedeni, genel olarak bakıldığında yeme bozuklukları ile en sık birliktelik gösteren anksiyete bozukluğunun OKB ve sosyal anksiyete bozukluğu olmasıdır (Wonderlich ve Mitchell 1997, Kaye ve ark. 2004). Anoreksiya nervoza (AN) hastalarında OKB görülme sıklığı %26-31 oranında değişmektedir (Hamli ve ark. 1991, Rastam ve Gillberg 1996). Bulimiya nervoza (BN) tanısı alan kadın hastalarda OKB sıklığı %10.5, obsesif-kompulsif sendrom prevalansı %15.8 olarak bulunmuştur ve obsesif-kompulsif belirtilerin bulimiya nervozanın klinik görünümü üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu gözlenmiştir (Albert ve ark. 2001). Bu bulgular bazı yazarların OKB ve yeme bozuklukları arasında

fenomenolojik bir ilişki olduğunu öne sürmelerine neden olmuştur (Hsu ve ark. 1993). Epidemiyolojik olarak her ikisinin de başlangıcı ergenlik döneminde zirveye ulaşır (Cassidy ve ark. 1999). Vücut görünümü hakkında ruminasyonlar ve yemeden kaçınmanın eşlik ettiği diyetler ve rituelleşmiş davranışlar, bazı yazarlar tarafından obsesif kompulsif belirtiler olarak algılanır (Rothenburg 1986). OKB olan hastaların sağlıklı kontrollere göre zayıflık isteği, bulimiya, beden hoşnutsuzluğu, etkisizlik, mükemmeliyetçilik, kişiler arası güvensizlik, interoseptif farkındalık ve olgunlaşma korkularının açısından anlamlı ölçüde yüksek puan alması, OKB hastalarının yeme bozukluğu hastalarıyla ortak bazı psikopatolojik yeme tutumları ve davranışları olduğunu düşündürmektedir (Pigott ve ark. 1991). Bizim örneklem grubumuzda OKB hastalarıyla PB hastaları arasında yeme tutumları açısından anlamlı bir farklılığın saptanmamış olması, bu görüşü desteklememektedir.

Diğer örneklem grubumuz ise PB hastalarından oluşmaktaydı. PB ile yeme bozuklukları arasındaki ilişki OKB kadar net değildir. Özellikle BN hastaların PB eş tanısının AN'ya göre daha sık görüldüğü bildirilmekte (Godart ve ark. 2006), BN'de PB prevalansı %2-41 gibi geniş bir aralıkta verilmektedir (Schwalberg ve ark. 1992). BN ve PB arasındaki bu ilişki ilginçtir, çünkü panik ataklarla tıknama atakları arasındaki sempatik aşırı uyarılma açısından bazı klinik benzerlikler gözlenmektedir. Ayrıca BN hastalarında panikojen maddelere karşı artmış hassasiyet de bildirilmiştir (Pohl ve ark. 1989).

Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma ülkemizde yapılmış olan ve iki anksiyete bozukluğunu yeme tutumları açısından karşılaştıran ilk çalışmadır. Yeme tutumuyla MOKSL'ye göre obsesif-kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi araştıran ülkemizde yapılmış bir diğer çalışmanın örneklem grubu ise üniversite öğrencileridir ve yeme tutumlarıyla toplam obsesif-kompulsif belirtiler ve kontrol, temizlik, yavaşlık alt ölçekleri puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Aslan ve Alparslan 1998). Yine üniversite öğrencilerini örneklem grubu olarak seçen bir diğer çalışmada kızlar ve erkekler arasında yeme tutumu açısından anlamlı fark saptanmış ve genel olarak yeme tutumu ve depresyon belirtileri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Büyükgoze-Kavaş 2007. Bizim çalışmamıza sadece

bayan hastaların dahil edilmiş olması, sonuçlarımızın cinsiyet değişkeninden bağımsız olmasını sağlamıştır. OKB hastalarında yeme tutumuyla obsesif belirtilerin şiddeti arasında anlamlı bir ilişkinin olması, ve benzer ilişkinin PB hastalarında görülmemesi, bizim çalışmamın en önemli bulgusudur. Bu bulgu "obsesif-kompulsif spektrum" kavramını kısmen desteklemekte ve OKB'nin PB'ye göre bu spektrumda yer alan yeme bozukluklarına daha yakın bir konumda yer aldığını düşündürmektedir. Araştırmamızın tek merkezde yapılmış olması ve örneklem grubumuzun sadece bir üniversite kliniğine ayaktan başvurmuş olan hastalarda

oluşmuş olması, çalışmamın önemli bir kısıtlılığıdır ve sonuçların tüm anksiyete bozuklukları hastaları için genelleştirilmemesi gerektiğini düşündürmektedir. "Obsesif-kompulsif spektrumda" yer alan diğer klinik tabloların belirtilerinin de tarandığı, farklı tanılardan anksiyete bozukluğu hastalarının katıldığı, daha geniş örneklem grubuyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazışma adresi: Dr. Aslıhan Sayın, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, aslihansayin@yahoo.com

### KAYNAKLAR

- Albert U, Venturello S, Maina G ve ark. (2001) Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes. *Compr Psychiatry*, 42: 456-460.
- Aslan H, Alparlan N (1998) Bir grup üniversite öğrencisinde yeme tutumu ile obsesif kompulsif belirtiler, aleksitimi ve cinsiyet rolleri arasındaki ilişki. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 5: 61-69.
- Austin LS, Lydiard RB, Fossey MD ve ark. (1990) Panic and phobic disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 51: 456-458.
- Aydemir Ö (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8: 280-287.
- Bandelow B (1995) Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia II: The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol*, 10: 73-81.
- Boldrini M, Del Pace L, Placidi GPA ve ark. (2005) Selective cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder compared to panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand*, 111: 150-158.
- Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL ve ark. (1997) Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand*, 96: 101-107.
- Büyükgöze-Kavaş A (2007) Eating attitudes and depression in a Turkish sample. *Eur Eat Disord Rev*, 15: 305-310.
- Cassidy E, Allsopp M, Williams T (1999) Obsessive compulsive symptoms at initial presentation of adolescent eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 8: 193-199.
- Erol N, Savaşır I (1988). Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı, s 104-114.
- Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Kalaf J ve ark. (2005) Obsessions with aggressive content emerging during the course of panic disorder: a different subtype of obsessive-compulsive disorder? *Int Clin Psychopharmacol*, 20: 343-346.
- Garner DM, Garfinkel PE (1979) The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9: 273-279.
- Godart N, Berthoz S, Rein Z ve ark. (2006) Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *Int J Eat Disord*, 39: 772-778.
- Hamli KA, Eckert E, Marchi P ve ark. (1991) Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 48:712-718.
- Hinrichsen H, Waller G, van Gerko K (2004) Social anxiety and agoraphobia in the eating disorders: associations with eating attitudes and behaviours. *Eat Behav*, 5:285-290.
- Hodgson RJ, Rachman S (1977) Obsessional-Compulsive complaints. *Behav Res Ther*, 15:389-395.
- Hsu LKG, Kaye W, Weltzin T (1993) Are the eating disorders related to obsessive-compulsive disorder? *Int J Eat Disord*, 14: 305-318.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB VE ark. (1988) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in 5 US communities. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 1094-1099.
- Kaye WH, Bulik CM, Thornton L ve ark. (2004) Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161: 2215-2221.
- Lee HJ, Kwon SM (2003) Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther*, 41: 11-29.
- Nestadt G, Samules J, Riddle MA ve ark. (2001) The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the John Hopkins OCD Family Study. *Psychol Med*, 31: 481-7.
- Perez M, Brown JS, Vrshek-Schallhorn S ve ark. (2006) Differentiation of obsessive-compulsive, panic, obsessive-compulsive personality and non-disordered individuals by variation in the promoter region of the serotonin transporter gene. *Anx Disord*, 20: 794-806.
- Pigott TA, Altemus M, Rubenstein CS ve ark. (1991) Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder.

der. *Am J Psychiatry*, 148: 1552-7.

Pohl R, Yeragani VK, Balon R ve ark. (1989) Lactate and isoproterenol infusions in bulimic patients. *Neuropsychol Biol*, 22: 225-230.

Rastam M, Gillberg IC (1996) A six-year follow-up study of anorexia nervosa subjects with teenage onset. *J Youth Adolesc*, 25: 439-453.

Richter MA, Summerfeldt LJ, Antony MM ve ark. (2003) Obsessive-compulsive spectrum conditions in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Depr Anx*, 18: 118-127.

Rothenburg A (1986) Eating disorder as a modern obsessive compulsive syndrome. *Psychiatry*, 49: 45-53.

Savaşır I, Erol N (1989) Yeme Tutum Testi: anoreksia nervosa belirtiler indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7: 19-25.

Schwalberg MD, Barlow DH, Alger SA ve ark. (1992) Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *J Abnorm Psychol*, 101: 675-681.

Tamam L, Saygılı M, Ünal M (2003) Obsesif kompulsif bozuk-

luğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: 69-80.

Torres AR, Dedomenico AM, Crepaldi AL ve ark. (2004) Obsessive-compulsive symptoms in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry*, 45: 219-224.

Tural Ü, Fidaner H, Aklın T ve ark. (2000) Panik ve Agorofobi Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11: 29-39.

Tynes LL, White K, Steketee GS (1990) Toward a new nosology of obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 31:465-480.

Van den Heuvel OA, Veltman DJ, Groenewegen HJ ve ark. (2005) Disorder-specific neuroanatomical correlates of attentional bias in obsessive-compulsive disorder, panic disorder, and hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 922-33.

Wonderlich SA, Mitchell JE (1997) Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacol Bull*, 33: 381-390.

Zigmond AS, Snaith PR (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67: 361-70.