
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Komorbid Durumlar

Doç. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU*,
Uz. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU*

Özet

DSM-IV'te anksiyete bozuklukları içinde yer alan obsesif kompulsif bozukluk diğer psikiyatrik tanımlarla çok sık birliktelik göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk ve komorbid durumların hem tanı hem de tedavi aşamalarında dikkate alınması hastalığın seyri ve tedavisi yönünden çok önemlidir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2001;5:62-67

DSM-IV'te anksiyete bozuklukları içinde yer alan obsesif kompulsif bozukluğun (OKB), hem sık görülen bir klinik tablo olduğunun anlaşılması hem de yeni ilaçlar ve bilişsel davranışçı yöntemlere iyi tedavi yanıtları vermesi, bu konu ile ilgili çalışmaları arttırmıştır. DSM-III'te tanı için gereken hiyerarşik modelin DSM-III-R ve DSM-IV'te terk edilmesi, komorbiditenin fark edilmesine ve ayrıntılı olarak tanımlanmasına yol açmıştır.

Komorbidite, mevcut veya incelenen bir hastalığın klinik seyri esnasında ortaya çıkabilen farklı ve ek bir klinik durum olarak tanımlanmıştır.

Komorbidite semptomlarla değil, hastalık ya da bozukluklarla ilgili bir kavramdır. Semptomların bir bozuklukla birlikte olması ya da eş zamanlı ortaya

çıkmasının komorbidite anlamına gelmediği unutulmamalıdır.

OKB'nin şiddeti komorbidite üzerine belirgin bir etki gösterebilir. Daha ağır olan hastalar daha fazla sayıda psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılarlar. Buna karşın, ayaktan tedavi gören ya da toplumdan örneklem alınarak incelenenlerde birden fazla tanı alma ihtimali daha düşüktür.

Yapılandırılmış görüşmeler, birden fazla tanı ile ilgili karşımıza çıkan klinik düşümleri çözmekte ve komorbiditenin daha gerçekçi değerlendirilmesinde kolaylık sağlamaktadır. Değerlendirici veya hasta, araştırılan komorbid durumlar arasında bağlantı olduğunu varsayıyorsa ya da kullanılan değerlendirme ölçeği komorbidite olasılığını varsayarak tasarlanmışsa "yansıma" etkisi şeklinde, bir tanının değerlendirilmesi diğer tanının değerlendirilmesini etkileyebilir.

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

OKB'de tekrarlayıcı ve istem dışı olarak akla gelen ve sıkıntı yaratan düşünceler şeklinde ortaya çıkan obsesyonlar yanısıra kişinin yapmaya zorlandığını hissettiği, bazen törensel nitelik kazanan tekrarlayıcı davranışlar biçiminde ortaya çıkan kompulsiyonlar görülür.

Tarama çalışmalarında OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %1.9-3.3 arasında bulunmuştur.

OKB genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. Hastaların çoğunda hem obsesyonlar hem de kompulsiyonlar bir arada görülebilmektedir. Yalnızca obsesyonlar ya da yalnızca kompulsiyonlar da görülebilir. En sık görülen obsesyonlar kirlenme obsesyonları olup, saldırganlık obsesyonları, cinsel obsesyonlar ve simetri obsesyonları sık görülen diğer obsesyonlardır. En sık olarak yıkama kompulsiyonları görülürken, kontrol etme, sayma ve düzenleme kompulsiyonları ise diğer sık görülen kompulsiyonlardır.

OKB'de komorbid durumların varlığı tedavi yanıtını ve hastalığın seyrini etkiler. Obsesif ve kompulsif belirtilere ek olarak anksiyete belirtileri, otonom belirtiler, somatik yakınmalar, depresif duygudurum belirtileri ve hipomanik hatta manik belirtiler görülebilir. Çalışmaların büyük bir bölümünde %50 oranında I. eksen bozukluğunun ve %40 oranında II. eksen bozukluğunun OKB'ye eşlik ettiği görülmüştür.

Major depresyon obsesif kompulsif bozukluğa eşlik eden I. eksen tanılarından en sık görülenidir. Obsesif kompulsif bozuklukta depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %66, mevcut epizodda görülebilme olasılığı ise %33 bulunmuştur. Depresyon %85 oranında obsesif kompulsif bozukluktan sonra başlarken, %15 oranında eş zamanlı başlamaktadır. OKB ile depresyon arasındaki yaygın örtüşme çeşitli varsayımları birlikte getirirse de, OKB ve depresyonun birbirinden bağımsız özellikleri ortaya konulmuştur.

Bir çalışmada Tynes ve Winstead (1999) retardasyonun ön planda olduğu depresyonlarda kontrol etme kompulsiyonlarının fazla görüldüğünü saptayarak, depresif ve obsesif kompulsif semptomatolojiler arasında ilişkiler kurmaya çalışmışlardır.

OKB ve major depresyonun komorbid görüldüğü hastalarda sertralin ve desimipramin çift kör olarak karşılaştırıldığı bir çalışmada serotonerjik bir ajan olan sertralinin, noradrenerjik bir ajan olan de-

simipraminden obsesif kompulsif ve depresif semptomları azaltmakta daha etkili olduğu gösterilmiştir. OKB'de hastalığın seyriyle ilgili belirleyicilerinin incelendiği bir çalışmada ise major depresyonun varlığının hastalığın gidişini olumsuz etkilediği ortaya konmuştur.

Mani ve OKB birlikteliği ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. 80'li yıllarda OKB ve mani birlikteliğini işaret eden olgu bildirimleri olmuştur. Bu olgularla ilgili tedavi çalışmaları da olmuş ve birliktelikleri tartışılmıştır. Prospektif ve kontrollü çalışmalarda bipolar duygudurum bozukluğu olan hastalarda OKB oranı %18 bulunmuştur Strakowski (1994) 60 manik hastada %8 ve McElroy ile arkadaşları (1994) 71 manik hastada %10 oranında OKB komorbiditesi bildirmişlerdir. Boyd ve arkadaşları (1984) ise yapılmış üç epidemiyolojik çalışmayı gözden geçirecek OKB'nin bipolar olgularda genel popülasyona göre daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir. McElroy ve arkadaşları (1995a) başka bir çalışmada mikst manilerde olağan manilere göre daha sık OKB görüldüğünü saptamışlardır.

Ülkemizde OKB'de komorbiditenin araştırıldığı bir çalışmada bipolar bozukluk tip I yayınlığı %3, tip II yayınlığı %30 bulunmuştur. Bu çalışmada bipolar bozukluk komorbiditesinin görüldüğü OKB tanısı konan hastalarda saldırganlık obsesyonları diğer obsesyonlara göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur.

Bipolar bozuklukta OKB görülmesinin daha ağır bir klinik tabloya işaret ettiği bildirilmiştir. Obsesif kompulsif semptomların bipolar bozukluğun seyri sırasında depresyonun atipik dışavurumu olduğu iddiası da mevcuttur.

OKB'de maniyi araştıran çalışmaların sayısı kısıtlıdır. Antidepresan çalışmalarının sonuçları, OKB'li hastaların %20 kadarının antidepresan kullanımı sırasında mani geliştirebileceğini ortaya koymaktadır. Pigott ve arkadaşları (1994) bir çalışmada OKB'de bipolar bozukluk komorbiditesini %13 saptamışlardır. McElroy ve arkadaşlarının (1994) obsesif kompulsif spektrumu değerlendirdikleri çalışmalarında ise aynı oran %22 bulunmuştur. Bipolar bozuklukluk tanısı alan hastalarda OKB tablosu, unipolar bozukluk tanısı alan hastalardaki OKB tablosundan farklılık göstermektedir. Hem unipolar hem de bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda görülen OKB'nin başlangıç yaşı benzerlik göster-

mekle birlikte bipolar OKB'li hastalarda OKB'nin daha yavaş bir seyirle başladığı, major depresif epizodların daha sık görüldüğü, panik bozukluk ve agorafobinin bunlara daha fazla eşlik ettiği, madde kötüye kullanımının daha fazla olduğu, cinsel ve dini obsesyonların daha sık görüldüğü, simetri obsesyonlarında artış olduğu, kompulsiyonların daha az ortaya çıktığı, erkeklerde daha fazla olduğu ve bu grupta bekar kalma oranının daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Unipolar OKB'li hastalarda kronisite daha sık olup hospitalizasyon fazladır. İntihar girişimi unipolar OKB'li hastalarda daha fazla görülmektedir. Genelleşmiş anksiyete bozukluğu birlikteliği, saldırganlık obsesyonları, filozofik veya garip içerikli obsesyonlar da daha fazla görülmektedir.

OKB'nin şizofreninin prodromal dönemini ya da bir biçimini oluşturduğu öne sürülmüştür. Bazı hastaların semptomlarını daha az egodistonik bulup direnemediklerinin belirlenmesi üzerine OKB ve psikoz ilişkisi daha çok dikkati çekmiştir. Insel ve Akiskal (1986) OKB'li hastaların bir kısmının semptomlarına ilişkin zayıf bir içgörüyü sahip olduklarını ya da içgörülerini dönemsel olarak kaybettiklerini öne sürmüşlerdir. Bu hastaların obsesif kompulsif psikoz olarak tanımlanmaları önerilmiştir. DSM-IV'te ise obsesif kompulsif tanı ölçütlerine içgörüsüz tip ilave edilmiştir. Şizofrenik hastalarda %1-15 oranında obsesif kompulsif semptom saptanmıştır. OKB gibi başlayan olguların %10'u ise şizofreniye dönüşmüştür. Şizofrenik hastalarda obsesif kompulsif semptomların kötü prognoza işaret ettiği düşünülmektedir.

OKB bir anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. Ancak OKB'yi diğer anksiyete bozukluklarından ayıran birçok bulgu vardır. OKB'de yaşam boyu prevalans oranı kadın ve erkeklerde benzerdir; panik bozukluk, agorafobi, basit fobi, sosyal fobi gibi diğer anksiyete bozukluklarının ise kadınlarda sık görülmesi karakteristiktir. Noradrenerjik sisteme etkili olan yohimbin ve sodyum laktat, panik bozukluklu hastalarda akut anksiyete ortaya çıkarabilir. Fakat OKB'li hastanın obsesif kompulsif semptomlarında ya da anksiyetesinde temel bir değişiklik yapmaz. Ancak panik bozukluğunda olduğu gibi OKB'de de serotonin disregülasyonu farmakolojik çalışmalarda gösterilmiştir. Farmakolojik çalışmaların verileri OKB'li hastada noradrenerjik sistemin değişmediğini ancak

5-HT'nin değiştiğini ortaya koymuştur. Panik bozuklukta ise hem NA hem de 5-HT'de fonksiyon bozukluğu görülmektedir.

Bu temel ayrımlara rağmen OKB'li hastalar anksiyete bozuklukları ile önemli oranda komorbidite gösterirler. Yapılan çalışmaların çoğu OKB'nin yaşamboyu %40-60 gibi yüksek oranda diğer bir anksiyete bozukluğu ile komorbidite gösterdiğini bildirmektedir. Komorbid panik bozukluk, basit fobi, sosyal fobi çok daha yaygın olarak ilave bir anksiyete bozukluğu olarak görülmektedir.

Primer OKB'li hastada panik bozukluk yaygınlık oranı birçok çalışmada araştırılmıştır. İlk çalışmalar OKB'li hastalarda panik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığını %12-15 olarak bildirmektedir. Pigott ve arkadaşları (1994) yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış çalışmalarla değerlendirilen OKB'li hastalarda %36 gibi yüksek bir oranda panik bozukluk komorbiditesi saptamışlardır.

İlk çalışmalar primer OKB'li hastalarda %11-18 oranında komorbid sosyal fobi bildirmektedir. Pigott ve arkadaşları (1994) OKB'li hastalarda sosyal fobi ile komorbiditesini %11 bulmuşlardır. İlk çalışmalarda, primer sosyal fobide göreceli olarak yüksek oranda obsesif kompulsif kişilik bozukluğu komorbiditesinin olduğu, ayrıca obsesif kompulsif semptomların yaygın sosyal fobide sık görüldüğü bildirilmektedir. OKB'li hastalarda komorbid bir sosyal fobinin varlığının, hastanın prognozu ve işlevselliğini önemli ölçüde etkileyebileceği belirtilmiştir.

Primer OKB'li hastada yaşam boyu komorbid basit fobi yaygınlığının %22-27 oranında olduğu bildirilmektedir.

Epidemiyolojik çalışmalar OKB ve diğer anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Karno ve arkadaşları (1988) DIS kullanarak yaptıkları bir çalışmada toplum örneğinde OKB tanısı alanlarda yaşamboyu %46 oranında fobik bozukluk, %13.8 oranında panik bozukluk komorbiditesi bildirmişlerdir. Benzer şekilde Flament ve arkadaşları (1988) bir epidemiyolojik OKB çalışmasında OKB hastalarının %35'inin geçmişte ya da araştırma noktasında bir anksiyete bozukluğu ölçütünü karşıladığını saptamışlardır.

Bir çok çalışma, anoreksiya nervozalı (AN) hastalarda rijidite ve mükemmeliyetçilik gibi özelliklerin sık gözlemlendiğini bildirmektedir. AN'li hastalarda yapılan

onbir çalışmayı değerlendiren bir yazıda, obsesif kompulsif semptomların depresif semptomlardan sonra en sık görülen komorbid semptom olduğu saptanmıştır. Kaye ve arkadaşları (1993) anorektik hastaların Y-BOCS (Yale Brown Obsesive Compulsive Scale) ile değerlendirilmesiyle, obsesif hastalara benzer klasik obsesif kompulsif semptomları gösterdiklerini bildirmişlerdir. Halmi ve arkadaşları (1991) on yıllık bir takip çalışmasında AN öyküsü olan hastalarda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında belirgin olarak artan OKB komorbiditesi saptamışlardır. Kimi çalışmalarda da bulimia nervozalı hastalarda kontrol gruplarına göre obsesif kompulsif semptomların artmış olduğu belirtilmektedir. Bulimik hastalarda obsesif kompulsif bozukluk %33 bulunmuş, simetri ve düzenlilikle ilgili semptomlar en fazla görülen semptomlar olarak tespit edilmişlerdir.

Primer OKB'li hastalardaki çalışmalarda AN'nin (%10-17) ve bulimia nervozanın (%5-20) önemli oranlarda yaşam boyu komorbidite gösterdiği saptanmıştır.

Hipokondriazis, obsesif kompulsif spektrum bozukluğu içinde değerlendirilmektedir. 544 OKB'li hastanın değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %28'inin bedensel obsesyonlar ya da hastalığa yakalanma korkusu taşıdığı saptanmış, %3.1'inde ise önde gelen belirtilerin bedensel obsesyonlar olduğu bildirilmiştir.

Beden dismorfik bozukluğu (BDB), kişinin fiziksel görünümündeki hayali ya da hafif bir kusurla zihinsel olarak aşırı uğraşması durumudur. Phillips ve arkadaşları (1995) BDB'li hastalarda OKB komorbiditesini %30 bulmuşlardır.

Trikotilomani, obsesif kompulsif spektrum bozukluğu içinde dürtü kontrol bozukluğu ile ilişkilendirilmektedir. Trikotilomaniye en sık eşlik eden psikiyatrik bozuklukların duygudurum ve anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir. Christenson ve arkadaşları (1992) kronik trikotillomanili 60 olguda duygudurum bozukluklarının yaşamboyu yaygınlığının %65, anksiyete bozukluklarının ise %57 oranında olduğunu belirtmişlerdir. Anksiyete bozuklukları içinde ise araştırma noktasında OKB %10, geçirilmiş OKB %5 olarak bulunmuştur. Ayrıca yine bu çalışmada hastaların %18'inde OKB tanı ölçütlerini karşılamayacak düzeyde sık ve egodistonik obsesyon ve kompulsyonların bulunduğu belirtilmektedir.

Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar yönünden de trikotilomani ve OKB arasında bazı benzerliklerin olduğu görülmektedir. OKB'li hastalarda da sıklıkla duygudurum, anksiyete ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları gözlenmektedir.

Komorbidite çalışmaları dürtü kontrol bozuklukları (DKB) ve OKB arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Çeşitli DKB'li hastalarda yapılan kimi çalışmalarda yüksek oranda OKB saptanmıştır. McElroy ve arkadaşları (1995b) SCID-I'le değerlendirdikleri 20 kleptomani hastada, 10 hastanın DSM-III-R ölçütlerine göre geçmişte ya da araştırma noktasında OKB tanısı aldıklarını saptamışlardır. 20 kleptomani hasta ile yapılan benzer bir çalışmada, hastaların %35'inin yaşamboyu OKB öyküsü olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışmada 25 patolojik kumar olgusunda yaşam boyu OKB komorbiditesi %20 olarak bildirilmiştir.

Parafilikler ve nonparafilik seksüel bozukluğu olanlar gerek fenomenolojik benzerlikler gerekse psikiyatrik komorbidite ve tedavi yanıtları nedeniyle, obsesif kompulsif spektrum bozukluğu içinde sınıflandırılmaktadır.

Tourette bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk komorbiditesi yıllardan beri bilinmekte ve incelenmektedir. Tourette ve obsesif kompulsif bozukluğun birlikte görülmesi, tik sıklığı ve yaşın hiç etkisi olmaksızın Tourette'li hastalarda saldırganlığı arttırmaktadır.

Coffey ve arkadaşları 1998'de yaptıkları çalışmada obsesif kompulsif bozukluk ve Tourette bozukluğunun birlikte görülmesinin yalnız obsesif kompulsif bozukluk ya da Tourette bozukluğuna göre daha ağır bir klinik tablo oluşturduğunu, komorbid olduklarında bipolar bozukluk, sosyal fobi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun anlamlı derecede fazla eşlik ettiğini saptamışlardır.

OKB ile daha önce geçirilmiş streptokok enfeksiyonları arasında ilişki kurulmuş ve OKB'nin daha önce geçirilmiş streptokok enfeksiyonlarının sekeli olduğu iddia edilmiştir. Kronik ya da tekrarlayan streptokok enfeksiyonları sonrası OKB tanısı koyulan hastaların bazal ganglionlarında yapısal değişiklikler oluştuğuda gösterilmiştir.

Huntington hastalığında psikoz ve depresyon görülme olasılığı yanısıra OKB'de sık görülmektedir.

OKB ile birlikte kişilik bozukluklarının sık görüldüğü ve kaçınan, obsesif kompulsif, bağımlı kişilik bozukluklarını içeren C kümesinin en sık görülen kişilik bozuklukları olduğu bildirilmiştir.

OKB ile birlikte görülen değişik komorbid durumlar cinsiyetlere göre de karşılaştırılmıştır. Erkeklerde obsesif kompulsif bozukluk öncesi anksiyete bozukluğu öyküsü ve obsesif kompulsif bozukluk sonrası

hipomanik ataklar fazla görülürken, kadınlarda yeme bozukluğu öyküsü daha fazla bulunmuştur.

Sonuç olarak OKB'de oldukça yaygın olarak görülen komorbid durumlara tanı koyulmalı ve tedavi sürecinde komorbid durumların yalnızca OKB tanısı koyulan hastalara göre tedaviye direnç oluşturduğunu ve tedavi stratejisinde klasik OKB tedavisinin yeterli olamayabileceği unutulmamalıdır.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

- Black JL (1992) Obsessive compulsive disorder: A clinical update. *Mayo Clin Proc*, 67:266-275.
- Bogetto F, Venturello S, Albert U et al. (1999) Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*, 14:434-441.
- Boyd JH, Burke JD, Gruenberg E et al. (1984) Exclusion criteria of DSM-III. A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Arch Gen Psychiatry*, 41:983-989.
- Christenson GA, Chernoff-Clementz E, Clementz BA (1992) Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. *J Clin Psychiatry*, 53:407-413.
- Coffey BJ, Miguel EC, Biederman J et al. (1988) Tourette's disorder with and without obsessive-compulsive disorder in adults: are they different? *J Nerv Ment Dis*, 186:201-206.
- De Marchi N, Mennella R (2000) Huntington's disease and its association with psychopathology. *Harv Rev Psychiatry*, 7:278-289.
- Demal U, Lenz G, Mayrhofer A et al. (1993) Obsessive compulsive disorder and depression. *Psychopathology*, 26:145-150.
- Fallon BA, Javitch JA, Hollander E et al. (1991) Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder: Overlaps in diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*, 52:457-460.
- Flament M, Whitaker A, Rapoport J (1988) OCD in adolescence: an epidemiologic study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27:764-771.
- Halmi KA, Eckert E, Marchi P (1991) Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 48:712-718.
- Hanna GL (1995) Demographic and clinical features of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:19-27.
- Hoehn Saric R, Ninan P, Black DW et al. (2000) Multicenter double-blind comparison of sertraline and desipramine for concurrent obsessive-compulsive and major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 57:76-82.
- Hollander E (1997) Obsessive-compulsive disorder: The hidden epidemic. *J Clin Psychiatry*, 58 (Suppl 12):3-6.
- Hollander E, Cohen LJ (1994) The assessment and treatment of refractory anxiety. *J Clin Psychiatry*, 55 (Suppl 2):27-31.
- Insel TR, Akiskal HS (1986) OCD with psychotic features a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry*, 143:1527-1533.
- Jenike MA (1994) Overview OCD: Comorbidity and management dilemmas. *J Clin Psychiatry*, 55 (Suppl 3): 3-4.
- Karamustafaloğlu O (1999) Tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozukluklar ve başa çıkma stratejileri. *Düşünen Adam*, 12:12-16.
- Karamustafaloğlu N (2000) Şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluk. *Düşünen Adam*, 13(2):68-72.
- Karamustafaloğlu O, Karamustafaloğlu N (2000) Obsesif ve kompulsif bozukluk ve depresyon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(1):26-31.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB et al. (1988) The Epidemiology of obsessive compulsive disorder: In five US communities. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1094-1099.
- Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LK (1993) Anorexia nervosa. *Obsessive Compulsive Related Disorders*, E Hollander (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, s.49-70.
- Klerman G (1990) Approaches to the phenomena of comorbidity. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*, JD Maser, CR Cloninger (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, s.13-37.
- Matsunaga H, Kiriike N, Miyata A et al. (1998) Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. *Acta Psychiatr Scand*, 98:128-134.
- Matsunaga H, Kiriike N, Miyata A et al. (1999) Prevalence and symptomatology of comorbid obsessive-compulsive disorder among bulimic patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 53:661-666.
- McElroy SL, Phillips KA, Keck PE (1994) Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry*, 55 (Suppl 10):33-51.
- McElroy SL, Strakowski SM, Keck PE et al. (1995a) Differences and similarities in mixed and pure mania. *Compr Psychiatry*, 36:187-194.
- McElroy SL, Keck PE, Phillips KA (1995b) Kleptomania: a report of 20 cases. *Am J Psychiatry*, 148:652-657.
- Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C et al. (1997) The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disorders*, 46:15-23.
- Peterson BS, Leckman JF, Tucker D et al. (2000) Preliminary findings of antistreptococcal antibody titers and basal ganglia volumes in tic, obsessive-compulsive, and attention deficit/hyperactivity disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 57:364-372.

30. Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI et al. (1995) body dysmorphic disorder: An obsessive compulsive spectrum disorder, a form of affective disorder, or both? *J Clin Psychiatry*, 56 (Suppl 4):41-51.
31. Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B et al. (1994) Obsessive compulsive disorder: Comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*, 55 (Suppl 10):15-27.
32. Rasmussen SA, Tsuang TM (1986) Epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Obsessive Compulsive Disorders, Theory and Management*, MA Jenike, L Bear, WE Minichiello (Ed) 1. Baski, Chicago, Y.B. Medical Pub, s.23-41.
33. Rubenstein CS, Pigott TA, L'Heureux F (1992) A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 53:309-314.
34. Ruiter C, Rijken H (1989) Comorbidity among anxiety disorders. *J Anxiety Disorders*, 3:57-68.
35. Sanderson WC, Di Nardo PA, Rapee RM et al. (1990) Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R Anxiety Disorder. *J Abnorm Psychol*, 99:308-312.
36. Stephens RJ, Sandor P (1999) Aggressive behaviour in children with Tourette Syndrome and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*, 44:1036-1042.
37. Strakowski SM, McElroy SL, Keck PE et al. (1994) The concurrence of mania with medical and other psychiatric disorders. *Int J Psychiatry*, 24:305-328.
38. Tabo A (1997) Obsesif-kompulsif bozuklukta komorbidite. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
39. Tynes LL, Winstead DK (1999) Subtyping obsessive compulsive patients by depressive symptoms: a retrospective pilot study. *Psychiatr Q*, 70:53-61.
40. Zajecka JM, Ross JS (1995) Management of comorbid anxiety and depression. *J Clin Psychiatry*, 56 (Suppl 2):10-13.