



Dr. Pınar Öner\*, Dr. Ayla Aysev\*\*

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) çocukluk çağında başlayabilen ve oldukça ağır seyrebilen bir psikiyatrik bozukluktur. Yineleyen ve kişinin yaşamında belirgin sıkıntıya yol açan obsesyonlar ve kompulsiyonlarla karakterizedir. Günümüzde OKB'nin çocuklukta ve erişkinlikte benzer belirtilerle ortaya çıktıkları ve olguların yarısına yakınının çocuk-ergen döneminde başladığı anlaşılmıştır. Çocuklarda DSM-IV'ün B kriteri her zaman geçerli değildir; yani çocuklar, obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı ve anlamsız olduğunun farkında olmayabilirler. Bunun dışında, tanı koymak için gerekli kriterler erişkin kriterleri ile aynıdır. Yani yineleyen obsesyonlar ve kompulsiyonlar olması, kişinin obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmesi, obsesyon ya da kompulsiyonların belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte önemli ölçüde bozulmaya ya da zamanın boşa harcanmasına (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) yol açması, başka bir psikiyatrik bozukluk ile daha iyi açıklanamaması ve bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmaması gerekir.

Ailelerin yaklaşık %70'e yakını, çocuklarında ortaya çıkan belirtileri aylar ya da yıllar ortalama 4-6 ay sonra farkedip, önce kendi aralarında endişelerini paylaşırlar, daha sonra çocuk ile konuşarak yardım almak amacıyla kliniklere getirmeye ikna ederler; geriye kalan ailelerde ise çocuk aileye sorununu açarak onlardan yardım istemektedir.



Resim: İ. A. (OKB tanısı almış bir çocuğun yaptığı resim)

## Epidemiyoloji

Erişkin hastaların üçte birinden fazlasında, belirtiler 15 yaşından önce başlar. 5 yaşında başlayan olgular da bildirilmiştir, ancak yapılan araştırmalara göre çocukluk çağında OKB'nin ortalama başlangıç yaşı 7-12 yaş arasındadır. Çocukluk döneminde erkeklerde 1,5 kat daha fazla görülürken, ergenlik döneminde kız ve erkeklerde yaklaşık aynı oranlarda ortaya çıkmaktadır. Erkek çocuklarda görülen OKB'nin, puberte öncesinde başlama ve tik bozukluklarıyla birlikte ortaya çıkma eğilimi vardır. Epidemiyolojik çalışmalar tedavi edilmezse çocukluk döneminde başlayan OKB'nin oldukça kronik seyrebileceğini göstermektedir.

## Klinik Belirtiler

Çocukluk döneminde normal olarak görülen ritüeller ve yanlış inançlar, OKB olan çocukların ritüelleri ve obsesyonları ile benzerlik göstermez. OKB olan çocukların hastalık öncesi dönemdeki ritüelleri ve yanlış inançlarının kendi arkadaşlarınıninkilerden farklı olmadığı gösterilmiştir. Çocukluk çağının normal ritüelleri çoğu zaman, şanslı numaralarının olması, çizgilere basmama, işleri düzgün yapma biçimindedir ve bunlar normal günlük işlevlerin içindedir; sosyalleşmeyi artırır, anksiyeteyi kontrol etmeyi öğretir ve çocukların gelişimlerini hızlandırır. OKB ritüelleri ise işlev bozukluğu yaratan, oldukça rahatsızlık verici ve sosyal izolasyona neden olacak biçimdedir; ayrıca içerik olarak (temizlik, kontrol etme, tekrarlama, istifleme) da farklıdır. Yaş ile OKB belirtileri arasında doğrudan bir ilişki yoktur. Obsesyonlar ve kompulsiyonların içeriği klinik seyir sırasında değişebilir. En sık görülen belirtiler, bulaşma korkuları ve buna eşlik eden kompulsif el yıkama ve kaçınmadır. Anne-babasının ya da kendisinin güvenliğine ilişkin obsesif endişeler de yaygındır. Kontrol kompulsiyonu sık görülen diğer bir belirtidir ve daha yaygın bir obsesif düşüncenin belirtisi olabilir; örneğin, çocuk başkalarına zarar vermediğinin kanıtlarını toplamaya çalışıyor olabilir. Böyle çocuklar, anne-babalarına yaptıkları şeyleri ya

\*Arş. Gör.; Ankara Ü. Tıp Fak. Çocuk Psik. AD, Ankara  
\*\*Doç.; Ankara Ü. Tıp Fak. Çocuk Psik. AD, Ankara

da akıllarına gelen kötü düşünceleri sıkıcı bir biçimde sürekli yinelerler; ya da onlardan tekrar tekrar teminat isterler. Sayma, düzenleme, dokunma kompulsyonları da yaygındır. Bir kısmı, belli bir obsesif endişeyi gidermek için yapılırsa da; çoğu kompulsiyon "tam doğru" olana kadar tekrarlama biçimdir. "Tam doğru" olana kadar yapma çabası zihinsel ritüeller (sessizce dua etme, belli kelimeleri tekrarlama, belli bir şeyi düşünme, bir şeye belli bir biçimde bakma, vb.) biçiminde de olabilir. Bu tekrarlamalar, akademik performansı bozabilir. İstifleme (hoarding), çocuklarda erişkinlere kıyasla daha seyrek görülür ve tedaviye daha dirençli bir alt grup olduğu düşünülmektedir. Obsesyonele yavaşlık da seyrek görülür ve tedaviye oldukça dirençlidir.

Obsesyonlar eşlik etmiyorsa basit kompulsyonlar, kompleks tikler ile karıştırılabilir. OKB'de kompulsyonların amaca yönelik ve istemli olduğu; buna karşılık tiklerin amaçsız ve istemsiz olduğu şeklinde bir ayırım yapılmıştır. Ancak yakın zamanda yapılan bazı çalışmalar bu kriterlerin zaman zaman geçersiz olabildiğini göstermiştir. Aile çalışmaları, OKB ve tik bozukluklarının genetik ve etiyolojik olarak ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

**OKB ritüelleri ise işlev bozukluğu yaratan, oldukça rahatsızlık verici ve sosyal izolasyona neden olacak biçimdedir; ayrıca içerik olarak (temizlik, kontrol etme, tekrarlama, istifleme) da farklıdır.**

Yakın zamanda, pediatrik OKB olgularının bir kısmının PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: streptokok enfeksiyonları ile ilişkili otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar) adı verilen bir alt grubu oluşturduğu öne sürülmüştür. Altta yatan mekanizma Sydenham koresi yaratacak şiddette değilse tik ya da OKB belirtilerinin ortaya çıktığı ve bu alt grubun da OKB hastalarının yaklaşık %5-10 kadarını oluşturduğu düşünülmektedir. Tanı kriterleri; puberte öncesinde başlama, OKB ya da tik belirtilerinin olması, epizodik seyir ve en az iki epizodun A grubu beta-hemolitik streptokok enfeksiyonu ile ilişkili olduğunun gösterilmesi (pozitif boğaz kültürü, antistreptolizin O (ASO) Antistreptokokal DNAase B titrelerinin yükselmesi ile) şeklindedir.

## Patogenez

Sydenham koresi, Huntington koresi, globus pallidus'un bilateral nekrozu gibi hastalıklarda OKB belirtileri kliniğin bir parçası olarak karşımıza çıkar. OKB hastalarının çok büyük kısmında silik nörolojik bulguların bulunması ve bazı ağır nörolojik hastalıklarda OKB belirtilerinin ortaya çıkması, araştırmaların OKB'nin nöroanatomisine yönelmesine yol açmıştır.

Yetişkin OKB hastaları ile yapılan beyin SPECT ve PET çalışmalarında genellikle orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, striatum ve talamusta anormallikler olduğu saptanmıştır. Ancak literatüre bakıldığında çocuklar ile yapılmış bir işlevsel görüntüleme çalışmasına rastlanmamıştır.

Görüntüleme çalışmalarına baktığımızda, OKB fizyopatolojisinde üç bölgenin öne çıktığı görülmektedir: orbitofrontal korteks, singulat korteks, caudat nukleusun başı. Bu üç yapının oluşturduğu kapalı devrenin, OKB hastalarında aşırı çalıştığı düşünülmektedir. Orbitofrontal korteks ve singulat korteks, caudat nukleus ve ventral striatuma eksitator yollar (glutamaterjik) ile bağlıdır. Caudat nukleus ise globus pallidusa inhibitör yollar ile bağlıdır. Globus pallidus da talamusa inhibitör yollar ile bağlıdır. Talamus da kortekse sinyaller gönderir, böylece kapalı devre tamamlanmış olur. İlk inhibitör basamakta (caudat nukleusta) bir artış olursa, ikinci inhibitör basamak, hedefi üzerinde yeterince etkili olamaz ve devre aşırı aktif çalışmaya başlar.

Serotonin geri alım inhibitörleri, yukarıda söz edilen bölgelerden herhangi birindeki serotonerjik yolların üzerinden etki gösteriyor olabilir. Davranışçı terapi, tekrarlama yoluyla bu bölgelere giden inhibitör uyarıları azaltıyor olabilir. Cerrahi olarak uygulanan yöntemlerin arasında en önemlisi olan "singulotomi" ise devrenin kesintiye uğramasını sağlayarak iyileşmeyi sağlıyor olabilir.

Erken başlangıçlı (10 yaşından önce) ve geç başlangıçlı (12 yaşından sonra) erişkin OKB olgularında yakın zamanda SPECT kullanılarak yapılan bir çalışmada frontal - subkortikal bölgelerin kanlanması açısından her iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hastalığın başlangıç yaşına bağlı olarak beyindeki fizyopatolojik mekanizmalarda farklılık olabileceği öne sürülmüştür.

## Tedavi

İlaç tedavileri ve bilişsel-davranışçı terapinin (BDT), tek başına ya da her ikisinin kombine edilmiş şeklinin erişkin OKB hastalarında etkili olduğu gösterilmiştir.

### OKB'deki BDT, üç tedavi şeklini kapsar:

Yüzleştirme ve yanıtın önlenmesi (exposure ve response prevention), bilişsel terapi (BT), gevşeme eğitimi. Üçü içinde OKB'de etkinliği en fazla olan, yüzleştirme ve yanıtın önlenmesi yöntemidir. Bu yöntemin çocuklara uyarlandığı çalışmalar vardır ve çocuklarda da BDT'nin en önemli kısmını oluşturur. Ancak yine de pediatrik OKB'nin davranışçı yöntemlerle tedavisi sistematik ve kontrollü çalışmalarla gösterilmemiştir ve bu konuda daha fazla bilimsel veriye gereksinim olduğu düşünülmektedir.

OKB, çocuk popülasyonunda geçerli ilaç araştırmalarının yapıldığı ender hastalıklardandır. Çocuklarda da serotonin gerialım inhibitörleri (SGİ), birinci seçenektir. Uzun yıllar bu amaçla klomipramin kullanılmasına karşın yan etkileri ve EKG izlemi gerektirmesinden dolayı günümüzde seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSGİ) ilk seçenek haline gelmiştir. OKB'de SSGİ'nin etkinlikleri sırasına göre şu biçimdedir; fluoksetin, fluvoksamin, sertralin ve paroksetin. Fluoksetin, fluvoksamin ve sertralin ile çocuk ve ergenlerle yapılmış kontrollü çalışmalar bulunmaktadır. Paroksetin ile çocuklarda karşılaştırmalı çalışmalar henüz tamamlanmamış olmasına karşın, açık çalışmalar etkin olduğunu düşündürmektedir.

**Çocuklarda da serotonin gerialım inhibitörleri (SGİ), birinci seçenektir. Uzun yıllar bu amaçla klomipramin kullanılmasına karşın yan etkileri ve EKG izlemi gerektirmesinden dolayı günümüzde seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSGİ) ilk seçenek haline gelmiştir.**

Sitalopram, erişkinlerde etkinliği gösterilmiş ancak çocuklarda kontrollü çalışmaların henüz yapılmamış olduğu bir diğer SGİ'dir. 10-12 hafta yeterli dozda denenmesine karşın yanıt alınamıyorsa diğer bir SGİ'ye geçilir. Düşük doz ile başlanıp yavaş olarak artırılması kuraldır. Çocuklarda erişkin dozunda ilaç kullanmaktan kaçınmamak gerekir, çünkü çocuklarda karaciğer ve böbrekten eliminasyon çok daha hızlıdır; ayrıca çocukluk

döneminde verilen tüm diğer ilaçlar gibi bu dönemde verilen psikiyatrik ilaçlar da "mg/kg/gün" hesabı ile verilmelidir.

Çocuk olguların %50'ye yakını dirençli olgular olduğundan; en az iki SGİ denenmesine karşın yanıt alınamıyorsa güçlendirme (augmentation) tedavisine geçilir. Güçlendirme tedavisinde klomipramin, buspiron, haloperidol (özellikle tik bozuklukları ile eşhastalanım varsa), risperidon ya da ikinci bir SGİ'nin eklenmesi biçiminde olabilir. Dirençli olgularda intravenöz (IV) klomipramin tedavisi çocuk ve ergenlerde yalnızca olgu bildirimleri şeklindedir. PANDAS olgularında ise pek çok tedavi yöntemleri henüz deneme aşamasında olup, bunların arasında IV immünglobulin (IVIG), plazma exchange tedavisi, penisilin profilaksisi bulunmaktadır.

**OKB'nin heterojen bir grup hastalık olduğu (tik ile ilişkili OKB, PANDAS, vb.) düşüncesi ağırlık kazanmaya başlamıştır.**

## Sonuç

Genetik olsun çevresel olsun beyin gelişimini etkileyen ve bozuklukların gelişmesine yol açan etmenleri belirleyebilmek için, öncelikle sağlıklı olan ve olmayan bireylerdeki beyin işlevlerinin ve aradaki farkların iyi anlaşılması gerekmektedir. Beyin gelişiminde normalden sapmaları saptamak, psikiyatrik hastalıklarda nörolojik hastalıklardaki kadar kolay değildir. Çünkü nörolojik hastalıklar beynin daha çok kaba nöroanatomi ile ilgili iken psikiyatrik bozukluklar nörokimyasal yapısı ve nöroanatomisindeki daha ince ayrıntılarla ilişkilidir.

OKB'nin heterojen bir grup hastalık olduğu (tik ile ilişkili OKB, PANDAS, vb.) düşüncesi ağırlık kazanmaya başlamıştır. Bu farklı alt gruplar etiyolojik açıdan farklılıklar gösterebildikleri gibi ve farklı tedavi yaklaşımları da gerektiriyor olabilirler. Altta yatan fizyopatolojik mekanizmayı aydınlatmaya yönelik çalışmaların, hastalığın daha iyi anlaşılması ve yeni tedavi yaklaşımlarının gelişmesine katkıda bulunacağı açıktır. Erişkin olguların üçte birinden fazlasının çocuk-ergen döneminde başlaması, fizyopatolojik mekanizmayı aydınlatmaya yönelik çalışmaların bu dönemde yapılmasının önemli olduğunu düşündürmektedir.

**Kaynaklar**  
1- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.  
2-Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34: 19-27.  
3- Rapaport JL, Inoff G. Practitioner review: Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. J. Child Psychol Psychiat. 2000; 41: 419-431.  
4- Riddle MA, Scahill L, King RA, Hardin MT, Towbin KE, Ort SI ve ark. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1990; 29: 766-772.  
5-Saxena S, Brody AL, Schawrtz JM, Baxter LR. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive compulsive disorder. Br J Psychiatry 1998; 35 (suppl): 26-37.  
6- Swedo SE, Rapaport JL. Phenomenology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. JL Rapaport (ed) Obsessive Compulsive Disorder in Children And Adolescents. American Psychiatric Press, Washington D.C., 1989; 13-32.