

BÖLÜM 4

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar

Prof. Dr. Lut TAMAM, Uzman Dr. Mehmet Emin DEMİRKOL

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı 4.Basımı'nda (DSM-IV TR) anksiyete bozuklukları arasında yer almasına rağmen, 2013 yılında yayınlanan 5.Basım'da (DSM-5) obsesifkompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar başlığına taşınmıştır. Bu başlıkta OKB'nin yanı sıra Beden dismorfik bozukluğu, istifçilik (biriktiricilik), saç yolma bozukluğu (trikotillomani), cilt yolma bozukluğu (ekskoriasyon) yer almaktadır.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

OKB, ilk olarak 19. yüzyılda tanımlanan, obsesyon, kompulsiyon veya her ikisinin varlığıyla karakterize bir ruhsal bozukluktur. Obsesyon, yineleyici biçimde kişinin zihnine giren, bilinçli çaba ile kovulamayan, rahatsızlık doğuran dürtü, düşlem ya da düşüncelerdir. Kompulsiyonlar ise obsesyonları nötralize etmek için kişinin yaptığı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar başlangıçta obsesyonların ortaya çıkardığı kaygıyı giderdiği halde hastalık seyri boyunca kendileri de kaygı, sıkıntı yaratabilir. Obsesyon ve kompulsiyonlar, kişinin benliğine yabancı yani ego-distoniktir. OKB diğer ruhsal bozukluklar gibi zaman kaybına yol açar, toplumsal, mesleki ve diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmalar ortaya çıkarır.

Epidemiyoloji

OKB, sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Farklı kıtalarda yapılan çalışmalar sonucu yaşam boyu prevalans oranının %2-3 olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde, Sivas ilinde yapılan epidemiyolojik çalışmada yaşam boyu yaygınlığı %3.7 oranında bulunmuştur. Cinsiyet çalışmalarının bazılarında kadınlarda hafifçe daha fazla görüldüğü belirtilse de genel olarak erkek ve kadınlarda eşit oranda görüldüğü kabul edilmektedir. Ergen ve çocuk popülasyonda ise erkeklerde daha fazla görülmektedir. Başlangıç yaşı erkeklerde ortalama olarak 19, kadınlarda 22'dir. Hastaların %4'ünde hastalık 40 yaşından sonra başlar. Diğer ruhsal hastalıklarla sıklıkla birliktelik gösterir. En sık major depresif bozukluk (MDB) sonrasında fobik bozukluk ile birlikte görülür. Bu iki tanı dışında alkol kullanım bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları ve Tourettesendromu da OKB'ye sıklıkla eşlik eden ruhsal bozukluklardandır.

Etiyoloji

Nörotransmitter sistemleri: OKB'deobsesyonların ve kompulsiyonların, serotonerjik dizgede oluşan bir disfonksiyon sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Bu yaygın görüş, trisiklikantidepresanlardanklomipramin ve selektifserotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) OKB tedavisinde etkili olmasıyla desteklenmiştir. Diğer nörotransmitterler ile ilgili kısıtlı veriler mevcuttur. Atipikantipsikotikler ile artmış tedavi yanıtı dopaminin, klonidin ile OKB belirtilerinin azalması noradrenalinin OKB patofizyolojisi ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca son zamanlarda glutamat üzerine yapılan çalışmalar tedavide yeni yaklaşımlar açısından umut vadetmektedir.

Genetik: Yapılan çalışmalar OKB'nin genetik bir yönü olduğuna dair güçlü kanıtlar sunmaktadır. Monozigot ikizlerde, dizigotlara göre daha yüksek konkordans oranı saptanmıştır. OKB tanısına sahip bireylerin ebeveynlerinde, yakınlarında OKB görülme sıklığı veya OKB tanısı alacak düzeyde olmasa dahi obsesifkompulsif özellikler normal nüfusa göre yaklaşık 5 kat daha artmıştır. Olguların yakınlarında OKB dışında duygudurum bozuklukları, kaygı (anksiyete) bozuklukları, tik bozuklukları gibi diğer ruhsal bozukluklar da sık görülmektedir.

Nöroanatomi: Nörogörüntüleme çalışmaları sonucunda OKB ile kortikostriatal yolakların, beynin diğer bölgelerine göre daha ilişkili olduğu gösterilmiştir. Prefrontal-striatal-talamo-kortikalhiperaktivasyondan söz edilmektedir. Ayrıca orbitofrontal korteks, anterior-talamus ve kaudatnüksüs'ta artmış metabolizma ve kan akımı gösterilmiştir.

Psikoanalitik Kuram: Freud'a göre OKB psikoseksüel gelişim dönemlerinden ödipal dönemden anal döneme regresyon (gerileme) sonucunda ortaya çıkar. Bu gerileme sonucunda bireyde nesnelere, olaylara ve kişilere karşı ambivalan düşünceler gelişir. Yani aynı anda hem severken hem de olumsuz duygular, düşünceler besleyebilir. Ayrıca büyüsel düşünceler oluşabilir. Büyüsel düşünce sonucunda kişi, bir olay hakkına sadece düşünerek, herhangi bir eylemde bulunmadan o olayın gerçekleşebileceğine (bir annenin sadece düşünerek çocuklarına zarar vermesi gibi) inanır. Ortaya çıkan bu düşüncelere karşı OKB'de hastalar tarafından sık kullanılan savunma mekanizmaları yalıtma, yapma-bozma, yer değiştirme ve karşıt tepki kurmadır.

KLİNİK ÖZELLİKLER VE TANI

Obsesyon ve kompulsiyonlar yaşa, cinsiyete ve genetik özelliklere göre değişkenlik gösterebilir. Erişkinlerde en sık görülen obsesyonlar sırayla; bulaşma, şüphe (kuşkuculuk), somatik obsesyonlar, simetri, saldırganlık ve cinsel obsesyonlardır. En sık görülen kompulsiyonlar ise sırayla; kontrol etme, yıkama, sayma, doğrulama, simetri ve düzen, istiflemedir. Bulaşma obsesyonu en sık görülen türdür. Bu obsesyonu nötralize etmek için yıkama ve bulaş kaynağından kaçınma kompulsiyonları tercih edilir. Bulaşma obsesyonu ve yıkama kompulsiyonu olan bireyler ilk başvuruyu psikiyatri yerine ellerde çatlama, deride soyulma yakınmaları ile dermatolojiye yapabilir.

Şüphe (kuşkuculuk), bulaş obsesyonundan sonra ikinci sıklıkta görülür. Nötralize etmek için kontrol etme kompulsiyonu tercih edilir. Birey kapıyı, doğalgazı, elektriği tekrar tekrar kontrol eder.

İntruziv düşünceler, hastanın zihninde cinsel, dini, ayıp, toplum tarafından kabul görmeyecek konularda yinelenen düşünceler olmasıdır. Kişi bu düşünceleri kovmak, nötralize etmek için düşüncesele kompulsiyonlara yönelebilir. Simetri ve düzen, nesnelere sürekli olarak belirli bir düzen, sıra, simetri içerisinde olmasını ister. Bu konuda zaman harcar.

DSM-5'e göre OKB tanısı koyabilmek için obsesyon, kompulsiyon ya da her ikisinin birlikte varlığı gerekmektedir. Bu obsesyon ve/veya kompulsiyonlar kişinin günde en az bir saat vaktini almalı, sosyal, mesleki, diğer önemli işlevsellik alanlarında kayba neden olmalıdır. Bu belirtiler madde kötüye kullanımı ya da başka bir tıbbi bozuklukla ilişkili olmamalıdır. Ayrıca DSM-5'e göre kişinin bu bozukluğa karşı içgörüsünün olup olmadığı, tanı anında ya da geçmişte tik bozukluğu tanısı alıp almadığı belirtilmelidir.

Ruhsal muayenede, obsesyon ve kompulsiyonların dışında bireyde titiz, detaycı, saygılı, kuralcı bir tavır dikkat çekebilir. Eşlik eden olası MDB tanısı ile ilgili çökkün duygulanım, depresif düşünceler, özkıyım (intihar) düşünceleri olabilir. Özkıyım riskine karşı dikkatli olunmalıdır.

TEDAVİ

Klinik araştırmalara göre OKB tedavisinde en başarılı sonuçlar ilaç tedavisi, bilişsel davranışçı terapi veya ikisinin birlikte uygulanması ile elde edilmiştir.

İlaç tedavisinde serotonerjik dizgeye etki eden trisiklik antidepressanlardan özellikle klomipramin ve SSGİ grubu ilaçlar ön plana çıkmaktadır. OKB tanılı hastalar genelde anksiyete bozuklukları ve MDB'de kullanılan daha yüksek dozlarda ilaca yanıt verirler. Tedaviye yanıt vermeyen hastalarda klomipramin dozunu 225-

300 mg/g, fluoksetin dozunu 60-80 mg/g, paroksetin dozunu 60-80 mg/g, sertralin dozunu 200 mg/g, fluvoksamin dozunu 200-300 mg/g'ye yükseltmek gerekebilir. Etki başlangıcı genellikle 4-6 haftalık ilaç kullanımından sonra ortaya çıkar. Bazı hastalarda bu süre daha da uzayabilir. Yapılan araştırmalar yukarıda bahsedilen ilk basamak tedaviden fayda görmeyen hastalar için tedaviye atipikantipsikotikler, mirtazapin veya duygudurum düzenleyicilerden birinin eklenmesini önermektedir.

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), OKB tedavisinde etkin bir tedavi yöntemi olup bu terapide davranışçı yaklaşım olarak hastalara maruziyet (exposure) ve yanıt erteleme (responseprevention) önerilir. Farmakoterapi ile birlikte uygulanması tedaviye yanıt oranını artırır.

Elektrokonvulsif tedavinin (EKT), anti-obsesyonel etkisi belirgin olmamakla birlikte OKB'ye eşlik eden psikotik, depresif semptomların ve özkıyım düşüncelerin varlığında tercih edilmesi önerilmektedir.

PROGNOZ

OKB yaşam boyu devam eden ve önemli ölçüde işlevsellik kaybına neden olan bir hastalıktır. Farmakoterapi ve BDT'nin birlikte uygulanmasının geçmiş yıllara göre tedavide başarı oranını arttırmıştır. Buna rağmen hastaların yaklaşık 1/3'ünde belirgin iyileşme, 1/3'ünde kısmen düzelme görülür. Üçte bir oranında hasta ise iyileşme göstermez, belirtiler aynı şekilde ya da şiddetlenerek devam eder. Erken başlangıç, eşlik eden MDB tanısı, sanrısız düşüncelerin varlığı, erkek cinsiyet kötü prognoz göstergesidir.

BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU

Beden dismorfik bozukluğu (BDB), kişinin olmayan ya da hafif derecede olan bir fiziksel kusuru ile ilgili aşırı derecede uğraştığı ve kaygı duyduğu bir ruhsal bozukluktur. Genel popülasyonda görülme prevalansı yaklaşık olarak %2'dir. Yapılan araştırmalarda özellikle genç nüfusta %50-70 gibi yüksek oranlarda vücudun herhangi bir bölgesini beğenmeme, kaygı duyma ve o vücut bölgesiyle ilgili çeşitli uğraşlar verme saptanmıştır.

Kadınların erkeklere göre biraz daha fazla etkilendikleri bu bozukluk genelde 15-30'lu yaşlarda başlar. Hastaların büyük bir çoğunluğuna yaşamlarının bir döneminde MDB, anksiyete bozukluğu gibi ek tanılar koyulmaktadır. Nedeni tam olarak bilinmeyen bu bozukluk için serotonerjik dizgede disfonksiyon ve OKB ile yakın ilişkiden söz edilmektedir. Hasta yakınlarında normal popülasyona göre çok daha yüksek oranlarda BDB ve OKB tanısı olması hastalık için genetik yükün önemini göstermektedir. Etiyolojide ayrıca temporal lob patolojilerinden, çocukluk çağı travmalarından, kültürel olarak güzelliğe aşırı derecede önem verilen bir toplumda büyümeden bahsedilmektedir.

BDB’de vücutla ilgili en yaygın kaygılar; burun, saç, deri, gözler, kafa, yüz yapısı, dudaklar, çene, bel bölgesi ve dişler ile ilgilidir. Özellikle genç erkekler arasında son yıllarda artış gösteren -sağlıklı yaşam amacından uzak- vücut geliştirme arzusu da bu kapsamda değerlendirilebilir.

Hastalar başvurularını genelde psikiyatrlar yerine rahatsızlık duydukları vücut bölgeleri ile ilgili olarak plastik cerrahlara, diş hekimlerine veya dermatologlara yapmaktadırlar. Bu başvurular çoğunlukla başarısızlıkla sonuçlanır ve kişi vücut bölgesiyle ilgili sıkıntı duymaya devam eder. Farmakoterapi olarak serotonin üzerine etkili ilaçlardan klomipramin ve SSGİ’lerden fluoksetin ile semptomlarda düzelme saptanabilir. BDT, kognitif düzelme açısından yararlıdır. Ruhsal muayene sırasında eşlik edebilecek MDB ve anksiyete bozuklukları sorgulanmalıdır.

İSTİFÇİLİK (BİRİKTİRİCİLİK)

Geçmişte OKB’nin bir alt tipi olarak kabul edilen DSM-5’te ilk kez ayrı bir hastalık olarak değerlendirilen istifçilikte (biriktiricilik), değeri olmayan ya da çok az değeri olan eşyaları toplama, biriktirme, elden çıkaramama söz konusudur. Bu eşyaların elden çıkarılmaması sonucunda kişilerin yaşam alanları daralır. İşlevsellikte önemli derecede bozulmalara neden olur. İstifçilikte belirtiler genelde kişinin benliği ile uyumludur, bu özelliği ile OKB’den ayrılır. Tek başına bir ruhsal bozukluk olarak görülebileceği gibi demans ve şizofreni tanılarında da eşlik edebilir. SSGİ ilaçlar ve BDT gibi yöntemler uygulansa da tedavide başarı oranı düşüktür.

SAÇ YOLMA BOZUKLUĞU (TRİKOTİLLOMANİ)

Başkaları tarafından fark edilecek düzeyde, yineleyici şekilde saç ve kaş yolma ile karakterize bir ruhsal bozukluktur. Geçmişte dürtü kontrol bozuklukları arasında kabul edilse de DSM-5 ile obsesif kompulsif spektruma taşınmıştır. Dürtü kontrol bozukluklarında olduğu gibi saç yolma eylemi öncesinde duyulan gerginlik eylem sonrasında yerini hazzı bırakır. Yolunan saçların yutulması sonucunda cerrahi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Stresli durumların genelde saç yolmayı arttırdığı iddia edilmektedir. DSM-5’e göre 8 yaşından önce başlayanları erken başlangıçlı olarak belirtmek gerekmektedir. Diğer alt tipleri; başka bir iş yaparken

kişinin farkında olmadan saç yolması durumuna otomatik saç yolma, kişinin sıkıntılı durumlarda rahatlamak amacıyla saç yolmasına ise odaklanarak saç yolmadır. Tedavisinde psikiyatri ve dermatoloji arasında multidisipliner bir yaklaşım olmalıdır. Serotonin geri alım inhibitörleri ve dopamin antagonistleri ile tedavi yanıtı alınabilmektedir.

CİLT YOLMA BOZUKLUĞU (EKSKORİASYON)

Saç yolma bozukluğuna benzer şekilde, ciltte lezyon oluşturacak kadar şiddetli ve yineleyici şekilde cilt yolma ile karakterize bir ruhsal bozukluktur. Kişide belirgin sıkıntıya ve işlevsellikte önemli ölçüde azalmaya neden olur. Ciltteki lezyonlar dermatolojik olarak başka bir hastalık veya madde kullanımı ile ilişkili olmamalıdır. Kadınlarda daha sık görülür. Psikoanalitik kurama göre cilt yolma özdoyum (mastürbasyon) eş değeri olarak kabul edilmektedir. Tedavide SSGİ grubu anti-depresanlar ve BDT önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. Am J Psychiatry, 2016; 173: 868-74.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P(eds), Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, Çev: Bozkurt A. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016: 418-36.
3. Öztürk O, Uluşahin A. Saplantı-Zorlantı Bozukluğu İlişkili Bozukluklar. İçinde: Öztürk O, Uluşahin A (eds). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015: 364-79.
4. Phillips KA, Stein DJ. Obsessive-Compulsive and Related Disorders: Body Dysmorphic Disorder, Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder) and Excoriation (Skin Picking) Disorder. In: Psychiatry, Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB (eds). UK: John Wiley&Sons; 2015: 1129-41.
5. Schieber K, Kollie I, de Zwaan M, Martin A. Classification of body dysmorphic disorder - What is the advantage of the new DSM-5 criteria? J Psychosomatic Res 2015; 78: 223-7.
6. Yüksel N. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. İçinde: Yüksel N (ed), Ruhsal Hastalıklar. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014: 229-45.
7. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. Lancet, 2009; 374: 491-9.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.