

# Tedaviye Dirençli Bir Obsesif Kompulsif Bozukluk+Tourette Bozukluğu Olgusu

Baybars VEZNEDAROĞLU, Müge TAMAR, Hakan COŞKUNOL, Serpil ERERMİŞ, Cahide AYDIN

## ÖZET

*Bu makalede obsesif-kompulsif+Tourette bozukluğu tanısı almış 15 yaşındaki bir erkek hasta sunulmuştur. Hastamızda ciddi self-destrüktif kompülsiyonlar bulunmakta olup bu semptomlar uzun süreli tedaviye yanıt vermemiştir. Tourette bozukluğu ile obsesif-kompulsif bozukluk arasındaki klinik ve etyolojik ilişkiler literatür ışığında tartışılmıştır.*

*Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, Tourette bozukluğu, klomipramin*

*Düşünen Adam; 1997, 10 (4): 28-31*

## SUMMARY

*In this article, a 15 years-old boy with OCD and Tourette's disorder is presented. The patient had serious self-defeating compulsions and his symptoms were treatment-refractory for a long time. The clinical and etiological relations between OCD and Tourette's disorder are also discussed.*

*Key words: Obsessive-compulsive disorder, Tourette disorder, clomipramine*

## GİRİŞ

Gilles de la Tourette tarafından bu bozukluğun ilk tanımlanmasından bu yana, birlikte görülebilmesi konusunda birçok yayına rastlanabilen obsesif kompulsif bozukluk ve Tourette bozukluğu tanılarının her ikisini birlikte alan 15 yaşındaki hastamızın özellikleri bu makalede tartışılmıştır.

## OLGU SUNUMU

B.Y., halen 15 yaşında. Nazilli Anadolu Lisesi'nde kayıtlı ancak hastalığından dolayı 2 yıldır okula gidemiyor. Yakınmaları ilk kez 1991 yılı sonlarında başını sağa sola, aşağı yukarı oynatma, yüzünü buruşturma şeklinde tikler ile başlamış. Dişlerini kanatana dek çok uzun süre fırçalama, bir türlü sonlandıramama, sivri cisimleri gözüne götürme, ders ça-

lıırken aynı şeyleri tekrar tekrar okuma şeklindeki zorlantılar eklenmiş. Yüksek yerlerden defalarca sarkıyor, kapıları çarpıyor, çeşmeyi açıp kapıyor, suyun başından ayrılamıyormuş. Denize girip çıkarken iskelede takılıyor bu nedenle diğer çocuklarla tartışıyormuş. Suya defalarca dalıp çıkıyor, denizden çıktıktan sonra da kumda defalarca daireler çizerek koşuyormuş. Evde lavabonun başından ayrılamadığından lavabo taşıyor, suya küfrediyor: "kurtulacağım senden, yeneceğim" ya da "bana yardım edin" diyor.

Sudan kendini alamadığından hiç yıkanmaz olmuş. Cam, ayna gibi parlak şeylere takıntıları başlamış. Bu gibi şeyler "kırılacak mı?" diye bastırıyor, zaman zaman kırıyormuş. Dokunma benzeri zorlantıları da olmuştuk. Bu arada kardeşine karşı saldırganlık ortaya çıkmış. Aynı dönemde yolda ağaçların et-

rafında dönüyor, çöp bidonların kapaklarını açıyor, yapmazsa içi rahat etmiyormuş.

Olgu, ilk kez 1992 Mayıs ayında çocuk psikiyatrisi polikliniğine getirildi. Bir süre ayakta izlenen olgunun, yakınmalarının şiddetlenmesi üzerine ilk kez Ocak 1993'de kliniğimize yatışı yapıldı. Bir ay yatarak izlendikten sonra, taburcu olan olgu, daha sonra 1993 Mart ayında yeniden yatırılarak Ağustos 1993'e kadar kliniğimizde izlendi. Son olarak Ekim 1993'de kliniğimize 3. kez yatırılmıştır. Olgunun kliniğimize ilk başvurusundan itibaren (ve öyküde bundan bir yıl öncesinden başlayarak), klinik tablosunda düzelme yönünde bir ilerleme olmadı.

Son döneme kadar uygulanan tüm tedavilere rağmen olgunun tik ve kompulsiyonları sürüyordu. Kliniğimizde izlendiği dönemde belirgin bir obsesyon tanımlamayan olguda, çeşitli kendine zarar verici nitelikte kompulsiyonlar mevcuttu. Bunlara örnek olarak pencere ve merdivenlerde defalarca sarkma, çatal, kaşık, vb şeyleri burnuna, kulağına, gözüne batırma, suyun altında nefes almaya çalışma, nefesini tutma ve tüm vücudunu kasma, yutkunmamaya çalışma, kapılardan geçememe, tuvaletten çıkama, belli bir postürü veya hareketi defalarca tekrar etme, aynı sözleri veya şarkıları defalarca tekrar etme, tüm bu davranışları "istediğim gibi olmuyor" veya "içim rahat etmedi" ya da "konsantrasyonum bozuldu" diyerek tekrar etme sayılabilir.

Olgunun kasılmaları sırasında zaman zaman idrar ve gaita inkontinansı meydana gelmekteydi. Yanısıra bir kez pürülan otit, sık olarak da epistaksis olmaktadır. Olgu zaman zaman sayı saydırmak ve benzeri şekillerde çevresindekileri kompulsiyonlara dahil etmekteydi. Gürültülü ve ağır kompulsif tablonun yanısıra, olguda dönem dönem yüz ve ekstremitelere ait motor tikler ve vokal tikler görülmekteydi.

**Genel görünüm ve davranış - psikiyatrik bakı:** Hastanede izlendiği dönemlerde olgunun hijyeni tamamen bozulmuş, spontan konuşma ve mimikleri azalmıştı. İştahı kötü, tikleri ve kompulsiyonları nedeniyle uykuya dalmada güçlüğü vardı. Sürekli olarak yatakta yatmakta, çevredeki uyaranlar kompulsiyonlarını arttırdığında tuvalete dahi gitmemekteydi. Dürtü denetimi oldukça azalmış olan olgunun tedavi ekibiyle işbirliği yetersizdi. İstemli dikkati

azalmış, mizacı ileri derecede anksiyöz, disforik ve zaman zaman irriablıdı. Yargılaması olağan düşünce yapısı ve içeriği normaldi. Obsesyon tanımlamıyordu. Fizik ve nörolojik bakısı olağan, tüm laboratuvar tetkikleri, EEG'si normal sınırlardaydı. Yalnızca CPK'sı yüksek bulunan olgunun, bu durumu kasılmalarına bağlandı. İki kez tekrarlanan MR tetkikinde corpus callosumda travmaya sekonder olduğu düşünülen mikrolaserasyonlar saptandı.

**Özgeçmiş ve soygeçmiş:** Bebekliğinden itibaren yaramaz ve hareketli olduğu belirtildi. Olgu, 2.5 yaşında iken annesi ile baba ayrılmış, 5 yaşındayken annesi ikinci evliliğini yapmış. Alkol bağımlılığı tanımlanan üvey baba hastaya kötü davranıyor, zaman zaman dövüyormuş. Olgu üvey babayı sevmediğini belirterek, ondan intikam almak için üvey babadan olan kardeşine kötü davrandığını belirtti. Hastamız altı yaşında iken, bakkal çırağı tarafından penisini öptürme ve hastanın anüsüne parmağını sokma şeklinde cinsel kötüye kullanım öyküsü mevcut. İlkokul beşinci sınıfta asansör boşluğuna düşen olguda, sol kulağın arkasında çökme kırığı meydana gelmiş. Operasyon ile düzeltilmiş, beyin ve beyin zarında hasar olmadığı söylenmiş.

Polikliniğimize başvurmadan önce son 5-6 yıldır sürekli kakasını tutan olgu zaman zaman çamaşırına da bulaştırıyormuş. Ortaokulda yalnızca Elvis Presley ve Beatles dinliyor, başka bir müzik dinlemiyormuş. Yakınlarına göre olgu, herşeyi iyi-kötü, siyah-beyaz diye ayıran, inatçı, sosyal kurallara dikkat etmeyen engellenmeye dayanıksız bir çocukmuş. Soygeçmişinde ruhsal bozukluk öyküsü yok. Hasta ile ilişkisi en yakın kişi olarak dede; titiz, ayrıntıcı, kuralcı ve ahlak kurallarına aşırı bağlılığı ile kompulsif kişilik özellikleri gösteren bir kişi. Anne, 42 yaşında hukuk fakültesi mezunu, noter olarak çalışıyor. Baba, 43 yaşında, gemi mühendisi, tersanede çalışıyor.

Hem annesi hem de baba ikinci kez evlenmişler ve yeni evliliklerinde birer çocukları daha olmuş. Baba Barış'ı fazla aramazmış. Anne gibi avukat olan üvey baba alkolik. Son iki yıldır alkol almamakla birlikte iş yaşamından tamamen çekilmiş, evde sorumluluk almamış.

*Kliniğimizde uygulanan tedaviler şu şekilde özetlenebilir:*

Klomipramin: günde 75 mg'a kadar; klomipramin+haloperidol (4 mg/gün), haloperidol 6 mg/gün, klomipramin (3 mg)+diazepam (15 mg); Fluvoksamin (150 mg)+Lorazepam (4 mg); klomipramin (100 mg)+karbamazepin (300 mg); Fluvoksamin (200 mg)+Lorazepam (4 mg); Fluvoksamin (200 mg)+Pimozid (8 mg)+Tiyoridazin (125 mg); olguya Ocak ayında 9 seans EKT uygulandı. Nefes tutma kompülsiyonunun postiktal dönemde konfüzyon halindeyken bile başladığı gözlemlendi.

EKT olgunun mizacını ve agresyonunu bir miktar düzeltmekle birlikte kompülsiyon ve tiklerini önemli ölçüde etkilemedi. Klinik tablosu süregiden olguya EKT sonrasında kısa sürede doz yükseltilerek klomipramin (150 mg), buspiron (20 mg) ve trazodon (50 mg) günlük dozlarda uygulandı. Bu tedavi sonrasında olgunun yakınmalarının 1 hafta gibi kısa bir süre içinde önemli ölçüde düzeldiği gözlemlendi. Daha sonra klomipramin 200 mg/gün'e çıkıldı. Kompülsiyonları hemen tamamen ortadan kalktı. İlimli düzeyde motok tikleri, dikkat eksikliği ve çevreyi tetkik davranışı sürmekte idi.

## TARTIŞMA

Tourette sendromu (TS) ile obsesif kompulsif bozukluk (OKB) arasındaki ilişki Gilles de la Tourette sendromunun tanımı kadar eskidir. Tourette orijinal yazısında, tikleri bulunan hastalarında gördüğü obsesyon ve kompülsiyonlardan söz etmiştir. Literatüre bakığımızda, TS'da OKB oranının çeşitli çalışmalarda % 11.4 ile % 90 arasında saptanmakla beraber, genel olarak % 50 civarında olduğunu görüyoruz. OKB'da tik bozuklukları öyküsü % 20-30, TS'ü ise % 5 civarında saptanmıştır.

Bizim hastamızda da TB ile OKB'un birlikteliği söz konusudur. Klinik olarak OKB daha gürültülü ve ön planda olup, sağaltım odağı olmuştur. DSM-III'de TS'nun varlığı OKB için bir dışlama kriteriyken daha sonra bu kriter kaldırılmıştır<sup>(11)</sup>.

Tikler ile kompülsiyonların ayırımı konusunda, kompülsiyonların amaca yönelik, niyetlenerek yapıldığı, istemli olduğu ve egodistonik olduğu, buna

karşılık tiklerin amaçsız, niyetlenmeden yapıldığı, istemsiz ve egosintonik olduğu belirtilmekle birlikte, bazı çalışmalar bu kriterlerin zaman zaman geçerli olmadığını, ortaya koymuştur.

Yazarlara göre birinin nerede bitip, diğerinin nerede başladığını söylemek mümkün değildir ve bu durum basit tikten karmaşık tike, oradan da kompülsiyona varan semptomatik bir kontinyumun varlığını doğrulamaktadır<sup>(11)</sup>. Bizim olgumuz da tik ve kompülsiyonların içiçe girdiği, zaman zaman ayırım yapmanın güçlüğü kontinyum görüşünü destekler niteliktedir. Bazı araştırmacılar yapılan aile içi çalışmaları sonucunda<sup>(11)</sup>, OKB ve TB için ortak bir genin olabileceğini belirtmektedirler.

Hastamızın ailesinde OKB veya TB bulunmayışı, buna karşılık geçirilmiş kafa travması öyküsü, bizi etyoloji için genetik bir etkenden çok travmayı düşünme yönüne itmiştir. Olgunun geçirmiş olduğu psikolojik travmalar etyolojide primer olarak sorumlu olmasa bile semptomların abarmasında rol oynayabilir.

OKB ile TB+OKB'deki obsesyon ve kompülsiyonları inceleyen bir çalışmada OKB'da temizlik ile ilgili obsesyon ve kompülsiyonları daha sık bulurken, OKB+TB olan grupta daha fazla şiddet, cinsellik ve simetri obsesyonları; dokunma, göz kırpması, sayma ve kendine zarar verici kompülsiyonları saptamışlardır. Yine bu çalışmanın önemli bir bulgusu OKB+TB grubunda kompülsiyonların çekirdeksiz, bilişsel bir uyarana olmaksızın ortaya çıkması, saf OKB'da ise kompülsiyonlara genellikle suçluluk, endişe gibi bilişsel bir uyarının öncülük etmesidir<sup>(1,3,7,8)</sup>.

Bilindiği gibi genel kanı saf OKB'dan frontal lob ve serotonerjik sistemin, TS'dan ise bazal ganglia ve dopaminerjik sistemin sorumlu olduğu yolundadır. Ancak OKB ve TB'nun sıklıkla birlikte oluşu ve bazal ganglion hastalıklarında örneğin Sydenham Koresi'nde OKB'un yüksek oranda bulunması her iki hastalık için frontal-limbik-bazal ganglia aksında bir patolojiyi düşündürmektedir. Bazı araştırmacıların da öne sürdüğü gibi, OKB'daki kompülsiyonlar kortikal orijinli olup bunlara bilişsel bir uyarana öncülük etmemekte, TS'daki kompülsiyonlar subkortikal, muhtemelen bazal ganglia ya da talamustan kay-

naklandığından çekirdeksiz, yani bilişsel bir uyarana olmaksızın oluşmaktadır.

Bu bağlamda hastamızdaki kompülsiyonların öncesinde obsesyonların veya bilişsel bir uyarının bulunmaması, EKT sonrasında daha psotiktal dönemde hasta konfüzyonda iken kompülsiyonları ortaya çıkması bunun en önemli kanıtlarıdır (2,4,5,10). OKB'da glukoz metabolizması ile klinik değerlendirme sonuçları arasındaki korelasyon, metabolik aktivite ile OKB ve anksiyete ölçümleri ve klomipramin hidroklorid tedavisine yanıt arasındaki ilişkiyi göstermektedir (12). Öte yandan santral serotonerjik sistemlerin dopamin sistemi üzerinde tonik inhibitör bir rol oynadığı görüşü olgunun klomipraminden yararlanması ile desteklenmekte ve işe serotoninin de karıştığını düşündürmektedir (9).

Sonuç olarak; 1. OKB fenomenolojik olarak heterojen bir bozukluk olup farklı beyin bölgesi tutulumlarında farklı klinik tablolar doğurmakta, 2. TS ile birlikte görülen OKB semptomlarına yönelik etkin ilaç klomipramin olarak görülmektedir, 3. Hareket bozukluklarının etyolojisinde kafa travması da gözönünde bulundurulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Allop M, Verduyn C: A follow-up of adolescents with obsessive-compulsive disorder. 154:829-33, 1988.
2. Behar D, Rapoport J, Berg C, et al: Computerized tomography and neuropsychological test measures and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 141:363-68, 1984.
3. Flament M, Koby E, Rapoport JL, et al: Childhood obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. J Child Psychol 31:363-80, 1990.
4. Gordon J: Single photon emission computed tomography in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 50:498-99, 1993.
5. Hollander E, Schiffman E, Cohen B: Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 47:27-32, 1990.
6. Jenike M: Obsessive-compulsive disorders: Theory and management. Michael E (ed). Minichello Mosby Year Book Inc, St Louis 1990; p.249-74.
7. Khanna S, Srinath S: Childhood obsessive-compulsive disorder. Psychopathology 21:254-58, 1988.
8. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, et al: A 2-to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescent. Arch Gen Psychiatry 50:429-39, 1993.
9. Leonard HL, Rapoport J: Pharmacotherapy of childhood obsessive-compulsive disorder. Psychiatric Clin North Am 4:963-70, 1989.
10. Luxenberg JS, Swedo SE, Flament MF, et al: Neuroanatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder detected with quantitative X-ray computed tomography. Am J Psychiatry 9:1089-93, 1988.
11. Pauls DL: Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder: Familial relationships. Obsessive-compulsive disorders: Theory and management. Michael E (ed). Mosby Year Book Inc, St Louis 1990; p.149-53.
12. Swedo S, Schapiro M, Grady C, et al: Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 46:518,23, 1989.