

OBSESSİF - KOMPULSİF BOZUKLUK: BİR GÖZDEN GEÇİRME ve 16 VAKA OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER : AN OVERVIEW and 16 CASES

Dr. Ali Nahit Babaoğlu^X,
Dr. Kayıhan Oğuz Karamustafaoğlu^X,
Doç.Dr.Mansur Beyazyürek^X
Dr.Nihat ALPAY (X)

ÖZET :

Bu yazıda obsessif - kompulsif bozukluğun semptomatolojisi, etyopatogenezi, ayırıcı tanısı, prognozu ve tedavisi gözden geçirilmiştir. Ayrıca yazarlar DSM-III-R kriterlerini dolduran 16 obsesif-kompulsif bozukluk vakası sunmaktadır. Kişilik bozuklukları sıklığı düşüklüğü haricinde hastaların klinik özellikleri daha önce yapılan epidemiyolojik çalışmalar ve klinik çalışmalarla uyum göstermekteydi.

ANAHTAR SÖZCÜKLER : Obsessif bozukluk, gözden geçirme

SUMMARY : In this article symptomatology, etiopathogenesis, differential diagnosis, prognosis and treatment of obsessive-compulsive disorder have been reviewed. The authors also present 16 patients who met DSM-III-R criteria for obsessive-compulsive disorder. Other than lower frequency of personality disorders their clinical characteristics were consistent with those of previous epidemiologic studies and clinical studies.

KEY WORDS : Obsessive-compulsive disorder, overview

GİRİŞ

Yenilere kadar obsessif-kompulsif bozukluk kötü prognozu olan nadir bir hastalık olarak düşünülürdü (67). Yenilerdeyse nadir olduğu düşünülen obsessif-kompulsif bozukluğun aksine saha çalışmalarının tespitine göre hafif şekillerinin gayet sık olabileceği görülmüştür (7). Hastalığın tedavisinde davranışçı ve psikofarmakolojik yaklaşımlarda yeni gelişmeler ilgiyi yenilemiş ve hastalığın sonucu hakkında iyimserliği arttırmıştır. (11,14,15,17,20,23).

Obsesyonlar girici ve anlamsız olarak yaşantılanan kalıcı firirler, düşünceler, dürtüler veya imgelerdir. Kompülsiyon ise belirli kurallara göre veya stereotipik şekilde obsesyona cevap olarak yapılan tekrarlayıcı ve maksatlı hareketlerdir (7,14, 16,17).

Kişi hem obsesyonu hem de kompülsiyon ego-distonik olarak yaşantılar(7,14,20). Obsessif-kompulsif bozukluğu olan hastada obsesyon, kompülsiyon veya her ikisinde olabilir (7,14). Obsesyon sayısı birden fazla ve hastalığın gidişi esnasında kompülsiyonlarda birden fazla olabilir (22). Kompulsif hareket obsesyonla ilişkili anksiyeteyi gidermek amacıyla olabilmesine rağmen bu her zaman sonuç değildir. Kompulsif hareket bazen hastanın anksiyetesini değiştirebilir ve hatta onu arttırabilir (14,20).

Eskiden nadir olduğu düşünülen obsessif-kompulsif bozukluk son alan çalışmalarında umulandan fazla bulunmuştur (7,20,22). Hastaların çoğunda belirtiler hafif derecede olduğundan doktora gitmezler. Bir kısmı doktora gitmez, kimseye belli etmez ve hastalıkları ancak kendi evlerinde belli olur. Daha önceki yıllarda ki alanda epidemiyolojik çalışmaların örneklerinin sadece yatan hastalardan oluşması bu grubun sadece ciddi semptomları olanları içermesinden dolayı normal popülasyonu yansıtmaması doğaldır. (22). A.B.D.'de yapılan son çalışmalarda hayat boyu prevalansı % 2-3 arasında görülmektedir (14,20,22).

Hastalık erkek ve kadınları eşit şekilde tutar (7,20). Başlangıç yaşı erkendir ve hastaların %60'dan fazlasının ilk semptomları 25 yaşından önce başlamıştır. % 30 vakada ise semptomlar 5-15 yaşları arasında başlar. (20,22).

ETYOLOJİ

Biyolojik Etkenler : Bu hastalarda yapılan çalışmalarda çeşitli biyolojik anomaliler bildirilmiştir. Bu hastaların öyküsünde sıklıkla doğum travmasına rastlanmış ve etyolojide beyin travması ihtimalini düşündürmüştür. (14). Temporal epilepsisi olan hastalarda da obsessif - kompulsif bozukluğu benzer semptomlar görülmüştür (24).

PET'le yapılan bir çalışmada sol orbital girus ve her iki nükleus caudatus metabolik faaliyetin arttığı tespit edilmiştir. Bilhassa cingulat girusun bu hastalığın fizyopatolojisiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. (2).

Aynı ekip 1988'te gerçekleştirdiği başka bir çalışmada 10 depresyonu olmayan obsessif-kompulsif bozukluk vakasının 10 normal kontrolle karşılaştırma ve aynı bulguları elde etmiştir. Hastaların depresyonu olmaması sebebi ile depresyonun etkisi ekarte edilmiştir. Ancak nükleus caudatus başı ve orbital girustaki metabolik faaliyet artmasının obsessif-kompulsif bozukluk yanısıra anksiyeteye de bağlı olabileceği bildirilmiştir. (3).

Hastalığın sık olmaması sebebi ile genetik alanında yapılan çalışmalar sınırlıdır. Birinci derecede akrabalarda insidans % 3-7 arasında bulunmuştur (14). Başka bir çalışmada 88 ebeveynin 4 tanesi yani % 5'inde obsessif-kompulsif bozukluk ve 10 tanesi yani % 11'inde obsessif - kompulsif özellikler bulunmuştur (22). Psikososyal Etkenler : Sosyal faktörlerin rolü kesinlikle aydınlatılmamıştır (14). ABilhassa çocukluk çağında olmak üzere titiz, kuralcı ve disiplini toplumlarda düzenli, temizliğe, zamana ve düzene önem veren yönleri daha belirli kişilikler bakılabilir. Yapılan çalışmaların bu durumu doğrulamamasının yanısıra obsessif-kompulsif bozukluğun obsessif-kompulsif kişilik bozukluğunun ciddi bir şekli olmadığı ortaya çıkmıştır. Obsessif-kompulsif bozukluklu hastaların % 15-35 kadarında premorbid obsessif özellikler tespit edilmiştir (7,12,13,14,17,22).

Kişilik özellikleri gözden geçirildiğinde Jenike ve arkadaşları obsessif-kompulsif bozukluğun yanısıra şizotipal

kişilik bozukluğu özellikleri taşıyan bir grup hasta tanımlanmıştır. 44 hastanın 13'ü yani % 32.6'sı bu özellikleri taşımaktaydı (12). Obsessif-kompulsif bozuklukta kişilik özelliklerini artıran başka bir çalışmada kişilik bozukluğu özelliklerine gayet sık olarak rastlanmış ve en büyük ağırlığı (12/23) hastada kıçangan, bağımlı ve pasif -agresiften oluşan mikst tip kişilik bozukluğu teşkil etmiştir. Şizoid ve obsessif-kompulsif kişiliğe gayet az sıklıkta rastlanmıştır. 23 hastanın sadece 4 tanesinde hiçbir kişilik bozukluğuna rastlanmamıştır. (13).

Freud dinlerin oluşumunda obsessif-kompulsif düzeneklerin önemine işaret etmiş hattadını obsessif-okmpulsif nevroz olarak görmüştü (17) . Fakat yapılan çalışmalar bu düşünceyi desteklememiştir. Hastaların dini yetiştiriliş biçimleri toplumun diğer kesiminden farklı bulunmamıştır (17,22).

Psikoanalitik teoriye göre semptomların ortaya çıkışı ruhi yapının savunma olarak pre-ödüpal anal-sadistik döneme gerilemesi ve takiben ego, süperego ve idin daha erken görev ve şiklerinin ortaya çıkması ile olur. Bu faktörler yalıtma (isolation) , yap-boz (undoing) ve karnşit-tepki kurma (reaction formation) gibi belirli savunma düzeneklerinin kullanılması ile birlikte obsesyonlar ve kompulsyonlar gibi klinik semptomları oluşturur (16,17).

Öğrenme teorisine göre obsesyonlar anksiyeteye karşı şartlanmış uyarıları temsil ederler. Kompulsyonlarda ise birey obsesyonel düşünceye eşlik eden anksiyeteyi belli "aktın" azalattığını fark eder. Kompulsif "aktın" anksiyete gidermesi bu "aktın " yapılmasını güçlendirir. Yavaş yavaş anksiyetinin giderilmesindeki faydası öğrenilmiş davranış düzeni içerisinde "akt" sabitleşir. Öğrenme teorisi obsessif-kompulsif fenomenin belirli yönlerini açıklamak için faydalı kavramlar sağlamıştır (14,16). Ancak burdada tam olarak açıklanamayan konu uzun yıllar belirgin obsessif-kompulsif nevroz göstermeyen bir insanın nasıl olupta birdenbire veya kısa dönem içinde ağır obsessif-kompulsif belirtiler gösterdiği (17).

KLİNİK ÖZELLİKLER

Hastalar genelde titiz, düzenli ve kusursuzluk arayan bir kişilik yapısı gösterdiğinden dışa vuran davranışlarında düzenli, titiz, aşırı kontrollü ve kuralcıdır (13,14,17). Obsessif-kompulsif bozukluk belirtileri ortay çıkınca hastanın düzeni bozulabilir, aşırı tereddüt ve kararsızlık hareketleri egemen olur. Konuşmaları düzgün ve kibar olup en küçük bir eksiklik bırakmama çabası ayrıntıcılığa yol açabilir (14,17).

Obsesyon ve kompulsyonların bir tam ortak özellikleri şu şekildedir : Fikir veya impuls kişinin bilinçli uyanıklığına sürekli kendini sokmaya çalışır. Ana belirtiyeye anksiyeteli bir korku duygusu eşlik eder ve sıklıkla kişinin başlangıç fikrine ve dürtüsüne karşı tedbir almasına yol açar. Obsesyon ve kompulsiyon egoya yabancıdır. Kişinin kendi psikolojik yapısından farklı olarak yaşantılanır. Kişi obsesyon ve kompulsyonlarının anlamsız ve saçma olduğunu bilir. Kişinin obsesyon ve kompulsiyona karşı koymak için şiddetli bir arzusu vardır. Fakat hastaların sadece % 50'si kompulsyonlara karşı koyar, çünkü kişinin karşı koyma çabası esnasında ortaya çıkan ve giderek artan gerginlik kompulsiyonun kabul edilmesi ile hemen sakinleşir. Kompulsiyon-

lara karşı koymada tekrarlayan başarısızlıkları takiben kişi vazgeçebilir ve artık onlara karşı koyma arzusunu taşımaz (7,14,16,17,22).

Obsessif-kompulsif bozuklukta dört ana semptom düzeni görülme sıklığına göre yıkayıcılar, kontrol ediciler, ruminatörler (kompulsiyonsuz sadece obsessif düşüncesi olanlar ve birincil obsessif yavaşlığı olanlar şeklindedir (14,20).

En sık görülen obsesyon olan kirlenme korkusunu yıka-ma şeklinde kompulsiyon takip eder. İkinci sıklıkta görülen şüphe obsesyonunu kontrol etme kompulsiyonu takip etmektedir. Ruminatörler üçüncü sırada gelmektedirler. Genelde bireyce şiddetle eleştirilen bazı cinsel ya da saldırganlık eylemlerini içeren tekrarlayıcı düşüncelerden oluşan obsesyon olup kompulsiyonu yoktur. En son olarak en az sıklıkta görülen birincil obsessif yavaşlık aynı zamanda tedavisi en güç olan olup obsesyon ve kompulsiyon bir araya gelip günlük faaliyetlerin çok yavaş şekilde sürdürülmesi ile sonuçlanır. Bu tip hastaların yemeğini yemesi veya traş olması saatler sürebilir (14,20).

Eşlik eden özelliklere göz attığımızda tepresyon ve anksiyeteenin sık olduğunu görürüz. (7,14,16,20,22). Obsesyonun içeriğinin dahil olduğu hallerde fobik kaçınma görülebilir. Örneğin kirlenme korkusundan kişi yabancılarla el sıkışmayabilir (7). Evlilikte uyumsuzlukta en sık karşılaşılan eşlik den özelliklerden biridir (14).

Obsesyonun hezeyana geçişidirencin bırakılması ve içgörünün kaybolması ile olur. Bu geçişte kirlenme korkusunun yerini kişinin başkalarını kirlettiği şeklinde hezeyani suçluluğun aldığı bir duygulanım şekli alabilir. Şiddetle eleştirilebilecek bazı "aktların" gerçekleştirilebileceği hakkında şüphelerin yerini gerçekten bu "aktları" yapmış olduğundan dolayı perseküsyona uğradığı şeklinde perseküsyonların ortaya çıktığı bir paranoid şekil alabilir (10).

Gene takip çalışmalarında obsessif-kompulsif bozukluklu hastaların % 1-16'sında şizofreni geliştiği ortaya çıkmıştır (10). Fakat şizofrenik hastaların da % 1-3.5'ünde obsessif-kompulsif semptomların tarif edildiği bilinmektedir (8).

Kompulsiyonlara direnmektense boyun eğmek, çocukluk başlangıcı, garip kompulsiyonlar, erkek olmak, hospitalizasyon ihtiyacı, ümitsizlik, hezeyan veya hallüsinasyonların varlığı ve ailede odbsessif-kompulsif bozukluk öyküsü kötü prognozu önerirler (7,14,16,22).

İyi sosyal ve mesleki uyum, obsesyonların varlığında kompulsyonların olmayışı, presipiton bir olayın varlığı ve semptomların episodik biçimde olması iyi prognoza delalet eder (7,14,22).

Obsesyon içeriğinin prognozla ilişkisi olmadığı düşünülmektedir. Fakat bir çalışmada simetri ve mükemmellik ihtiyacının kötü prognoza işaret ettiği bulunmuştur (22).

AYKIRICI TANI

DSM-III-R'da obsessif kompulsif bozukluk tanısı için obsesyonların veya kompulsyonların varlığı gerekmektedir (7). semptomlar sıkıntı yaratmalı ve sosyal ve mesleki fonksiyonları da etkilemelidir (7,14).

Ayrıca tanıya giren nörolojik hastalıkların başlıcası Tourette sendromu, temporal lob epilepsisi ve diğer tik bozukluklarıdır (5,7,14,24). başlıca psikiyatrik hastalıklarsa şizofreni, depresyon , fobik bozukluklar ve obsessif-kompulsif

kişilik bozukluğudur (7,14,16,17,20).

Şizofreni ile ayırıcı tanısı yapılırken diğer şizofrenik semptomların olmayışı ve kişide hastalığı ile ilgili içgörünün varlığı yardımcı olur (7,8,14).

Depresyonla ayırıcı tanıda diğer depresyon semptomlarının varlığı yardımcıdır. Major depresyonda muhtemel hoşnutsuzluk yaratacak olaylar hakkında obsessif derin düşünceye dalma görülebilir. Fakat bu düşünceler kişiye anlamsız gelmez, kişi belki aşırılığını kabul etse bile düşünce biçimini anlamlı olarak kabul eder (7,14,16,20).

Fobilerle ayırıcı tınlarını yapmak güçtür. Fakat obsessif-kompulsif bozukluklu hastalar fobik objeden kaçınmada fobik hastalara göre çok aza başarılıdır (7,20).

Obsessif-kompulsif kişilik bozukluğunda tipik kompulsif davranış benlikle uyumlu (ego sintonik) olup bu özelliği ile egodistonik olan obsessif-kompulsif bozukluktan ayrt edilir (20).

Ayrıca yeme (yeme bozukluklarında) , seksüel davranış (parafilide), kumar oynama (patolojik kumarbazlıkta) ve içme (alkol bağımlılığında) gibi bazı faaliyetler aşırı şekilde yapılıyorsa kompulsif faaliyet olarak nitelenebilir. Fakat bu faaliyetler kişi bunlardan zevk olduğundan dolayı kompulsiyon değildir. Fakat bu faaliyetler kişi bunlardan zevk olduğundan dolayı kompulsiyon değildir ve kişi bunlara ancak ikicil kötü neticelerinden dolayı karşı koymak isteyebilir (7).

TEDAVİ

Güçlü bir serotonin re-uptake blokleri olan clomipramin 75-150 mg. / gün dozlarında verilmez üzere en etkili farmakolojik tedavidir. Etkilerinin ortaya çıkması 2 ay kadar sürebilir ve spesifik kompulsiyonların varlığında en etkilidir (4,11,14, 15,16,17,20,23,26).

Fakat ilacın kesilmesinden sonra semptomlar yinelemektedir. Pato ve arkadaşlarının yaptığı çalışma daclomipraminin 5-27 hafta uygulanıp sürekli düzelenin görüldüğü vakalar clomipraminin kesilip yerine plasebonun verildiği 7 haftalık dönem sonunda 18 hastanın 16'sında obsessif-kompulsif semptomlarda önemli tekrürlerle karşılaşmıştır (18). Flovoxamin clomipraminden daha güçlü bir serotonin re-uptake blokeridir ve norepinefrin sistemi üzerinde gözardı edilebilecek kadar az etkisi olup monoamnioksidazları inhibe etmez. Yapılan çalışmalarda flovoxaminin obsessif-kompulsif bozukluklu hastalara etkili olması colmipraminin serotonin yoluyla etkili olduğu tezini de güçlendirmiştir (19,20,211). Diğer antidepresanlarında çeşitli etkilerini bildiren çalışmalar yapılmıştır (11,14,16,17).

Farmakolojik tedavi endike olduğunda clomipramin ve flovoxamin birinci tercihtir (14,20).

Anksiyolitiklerle tedaviye göz attığımızda benzoriazepinlerin etkinliğin yeterince değerlendirebilecek bir çalışma yapılamadığını görürüz (20). Alprolazamin obsessif-kompulsif bozukluk ile birlikte anksiyete ve depresyonu olan hastalara etkili olduğu gösterilmiştir (1).

Watts ve Neill bir vakkada 2 haftada 30 mg. /güne çık-

mak üzere buspiron kullanmıştır. İlk hafta sonunda kaçınma ve girici düşünceler azalmışken 3. haftada obsessif düşünce kaybolmuş ve çok az anksiyete kalmıştır. 6. haftada ilaç kesilmiş ve 6 ay aesonra bile hiç tekrür olmamıştır (25).

Lityum tedavide etkili bulunmamıştır. Nöroleptikler obsessif-kompulsif bozukluk tedavisinde ana rol oynamamıştır (14,20). Mümkün olan diğer etkili tedaviler varken nöroleptikler muhtemel uzun dönem yan etkeliri sebebi ile ilk tercih edilen ilaç olmamalıdır (20). Tedavide nöroleptiklerle ilgili yayınlar birbirine zıtlık göstermektedir. Davranış tedavisi ve antidepresanlara cevapsız hastalarda uygulanabilir (11,14).

EKT tedavide etkili olmamıştır (14). Tedaviye dirençli gruplarda psikocerrahi emin ve etkili bulunmuştur. Tercih edilen yöntem stereotaktik limbik lökotomidir. Fronhtal lobun alt orta kadranda cingulat giristan geçen ve fronto-limbik bağlantıları bozan iki adet 2-3 cm. lik lezyonlar yapılır. Kelly tedaviye diriçli 49 hastada bu yöntemi uygulamış ve % 84 vakada düzelme görülmüştür. Bu yöntemin yan etkiliri nadir olup, en sık görülen yan etkisi % 1 oranında post-operatuer epilepsidir (20).

Kapasite yitimine yol açan semptomları ortadan koldırma veya azaltmada içgörü kazandırmaya yönelik psikoterapötik yaklaşımlar etkisiz bulunmuştur (17,20). sistemik desentizasyon ilk davranışçı tekniklerin neticesi hayal kırıklığı yaratmışken in vivo exposure ve cevap engellenmesi gibi teknikler daha etkili olmuştur (14,15,16,17,20,23) .

Exposure in vivoda hasta korkulan objeyle temasa geçirilir. (kirli çamaşır vs. gibi) . Sonra cevap engellenmesi ritüalistik davranış bloke eder (hastadan yıkamayı kesmesini istemik gibi) . çeşitli kontrollü ve kontrolsüz çalışmalarda bazı exposure ve cevap engellenmesi teknikleri kullanılarak % 70-80 belirgin iyileşme tespit edilmiştir (14,15,20). Foa yaptığı çalışmada yıkayı hastalı iki yarı gruba ayırarak incelemiştir. Anksiyeteyi azaltmada exposure cevap engellenmesinden daha tesirli iken cevap engellenmesi ritüelleri azaltmada exposuredean anlamlı derecede etkili bulunmuştur (9).

Gene Foe ve ark. ve Stekete ve ark. yaptıkları çalışmalarda in vivo exposure ve cevap engellenmesinin imajinal exposure il kombine edilmesinde hastalar kazançlarını sürdürülen, sadece exposure in vivo ve cevap engellenmesi uygulanan hastaların bazılarında kısmi veya tam tekrürler görülmüştür (9,23).

Exposure in vivoda modeling veya flooding teknikleri kullanılabilir. katılımcı modelingte terapist önce korkulan obje ile kendisi temasa geçer ve sonradan hastkadan aynı yolu takibini ister. Floodingte terapist amaçlanan davranış göstermez fakat hastayı korkulan durumla ilgili olarak yüreklendirir. İki yaklaşım arasındabir fark bulunamamıştır (20,23).

Cevap engellenmesinde de self-exposureden 24 saatlik süpervizyon şekline kadar herhangi bir yol uygulanabilir. Sürekli süpervizyon ile minimal süpervizyon süreleri arasında farklılık bulunamamıştır (20).

Obsessif ruminasyonlarla in vivo exposure tekniği ile ş gelinmez. Davranış tedavisinde bu grupta pek başarı elde lememiştir. Bu hastalara düşünce durdurulması ve doyum künde iki farklı yaklaşım bizimi vardır (20,23).

Düşünce durdurulmasında terapist hastayı önce relaksasyona yönlendirir, hastka sonra obsessif düşüncesine geçer terapist güzlü bir ses çıkardığında düşünmeyi keser. Bu yaklaşımın başka bir tarzında ise hastadan olumsuz düşünce yerine olumlu düşünce koyması istenir.

Doyma fantazi içinde bir exposure şeklidir. Hasta uzun re obsessif düşüncesini sürdürür. Fakat bu tekniğin neticesi olmamıştır.

Terapi seansının 40-50 dakika sürdüğü yaktan tedavide exposure ve cevap engellenmesi rahat uygulanmaz. Fakat zı exposureler gerçekleştirilebilir ve ev ödevi verilebilir. rk ritüelleri olan hastaların % 60'ını ev ödevi vererek yaktan tedavi ile iyileştirmiştir. Fakat tedavinin büyük lümü ritüellerin tipik olarak yapıldığı yerde gerçekleşmez. muayene odası dışında exposure uygulanması için özel itilmiş yardımcı sağlık personhelide kullanılabilir. Marks mşire terapistler kullanmış ve hastalarda psikologların tevisi ile mukayese edilebilir derecede düzelme saptamıştır. başka bir klinikte son sınıf öğrencileri kullanılmıştır. Hastanın eşi veya arkadaşı da ko-terapist görevinde olabilir (20). Tedaviyi tamamlayan hastaların % 75'inde exposure ve cevap engellenmesi ile başarılı olunmuştur. Hastaların % 5'inde ise davranış tedavisi ile netice alınmamış olup farkolojik tedavinin faydılı olabileceği belirtilmiştir (4,15,17,20,23).

Sonuç olarak tedavide uygulama şartlarına göre hem davranış tedavisine hem de farmakoterapiye eyer vardır. Kombi uygulamanın daha başarılı olduğu bildirilmiştir. Ayrıca farmakoterapi neticesinde hem hastanın davranış tedavisine umu kolaylaşmakta hem de tedaviyi sürdürmeleri kolayışip terk oranlarını azalmaktadır (7,14,1,16,17,20,23).

TARTIŞMA

1988 yılı son 8 ayı içerisinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikonevroz servisinde yatarak tedavi ören DSM-III-R kriterlerine göre obsessif-kompulsif bozukluk tanısı almış 16 hastanın klinik ve demografik özelliklerini sunuyoruz.

16 Hastamızın 10 tanesi (% 62.5) kadındır. Mevcut durum 9 hastanın 1.,4 hastanın 2.,2hastanın 3. ve 1 hastanın 4. kez yatarak tedavi görüşüdür. Hastalarımızın ortalama yatış süresi 45 gündür. Kadın hastalarımızın çoğunğunun ev kadını oluşu ve erkek hastalarımızın 3 tanesinin hihazırda üniversite öğrencisi olması sebebi ile mesleki durum sağlıklı olarak değerlendirilememiştir.

Hastalarımız 5 tanesi kırsal kökenli olup 11 tanesi İstanbul'da ikamet etmektedir. 1 tahsilsiz, 1 okuryazar, 4 ilkokul mezunu, 1ortaokul mezunu 4 lise mezunu , 3 üniversite öğrencisi ve 2 üniversite mezunu hastamız mevcuttur.

Semptom türünü değerlendirdiğimizde 8 hasta yıkayıcı , 1 hasta kontrol edici ve 3 hasta ruminatör idi. Yıkayıcı has-

ların 2 tanesinde "cenabet olmak" gibi kültüre mahsus öge vardı. 1 yıkayıcı hasta artık kendisinde çevreyi kirlettiğini düşünmeye başlamıştı. Aile anamnezi olarak 1 hastanın ablasında obsessif-kompulsif bozukluk ve 1 hastanın babasında obsessif-kompulsif kişilik bozukluğu tespit edildi (Tablo 1)

Obsessif-kompulsif kişilik bozukluğuna eşlik ettiği bildirilen depresyon, ankiseyte, fobik kaçınma ve alkol bağımlılığına hastalarımızda rastladık (Tablo 1) . 1 hastamızda önceden obsessif-kompulsif kişilik bozukluğu mevcuttu. Fakat hiçbir hastamızda Tourette sendromu tempkoral epilepsi veya bir tik bozukluğu mevcut değildi.

Hastalarımızın dini yetiştiriliş biçimi toplumdan farklılık göstermemektedir. 3 hastamız tedavi için din hocalarına gitmiş, 1 hastamızda annesi hastanın durumu için din hocalarına başvurmuştu.

Belirttiğimiz tüm bulgularımız literatüre uyum gösterirken sadece 1 hastamızda kişilik bozukluğu (No : 5 antisosyal kişilik bozukluğu) görülmesi diğer çalışmalarda bildirilen yüksek saklıkta kişilik bozukluğu sonuçlarına eşlik etmedi.

SONUÇ

Farmakoterapi ve / veya davranış tedavisine cevap vermeyen hastaların görülmesi ve çışitli derecelerde nüks ihtimalene rağmen pek nadir olmadığı anlaşılan obsessif-kompulsif bozukluğun tedavisinde yeni gelişmeler sonuçla ilgili iyimserliğimizi arttırmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Aden GC: Alprazolam in clinically anxious patients with depressed mood. J Clin Pspchiatry 44:22-24, 1983.
2. baxter LR Jr, Phelps ME, Mazziotta JC, Guze Bh, Schwartz JM, Selin CE: Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive compulsie disorder. Arch Gen Psychiatry 44:211,1987.
3. Baxter LR Jr, Schwartz JM, et al : Cerebral glucose metabolic rates in nondepressed patients with obsessive compulsive disorder. Am J Psychiatry 145: 1560 -1565, 1988
4. Benkelfat C,Murphy DL, zohar J, Hill JL, Grover G, Insel TR: Clomipramine in obsessive -compulsibe disorder. Arch Gen Psychiotry 46:23-28, 1989.
5. David L: Gilles da la Tourette's syndorome and obsessive -compulsive disorder. Arch Gen Psyhiatry 43: 1180-1182, 1986.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third ediltion. Washington, DC, American Psychiatric Assorciation, 1980.
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition, reavised. Washington, DC, Amircan Psychiatric Assocaiation, 1987.
8. Fenton WS, McGlashan TH: The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in cschizophrenica. Am J Psychiatry 143: 437-441, 1986.

9. Foa EB, Steketee G, Milby JB: Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *J Consult Clin Psychology* 48: 71-79, 1980.

10. Insel TR, Aksikal HS: Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry* 143:1527-1533, 1986.

11. Insel TR, Zohar J: Psychopharmacologic approaches to obsessive compulsive disorder. In Meltzer HY (ed) *Psychopharmacology, the third generation of progress*, Raven Press, New York, 1987, pp. 1205-1210.

12. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, et al : Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry* 143:530-532, 1986.

13. Joffe RT, Swinson RP, Regan JJ: Personality features of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 145:1127-1129, 1988.

14. Kaplan HI, Sadock BJ: Obsessive - compulsive disorder. *Synopsis of Psychiatry, fifth edition*, Williams and Wilkins, Baltimore, Hongkong, London, Sydney, 1988, pp. 326-329.

15. Marks IM, Lelliott P, Başoğlu M, et al : Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *Brit J Psychiatry* 152: 522- 534, 1988.

16. Nemiah CJ : Obsessive - Compulsive disorder. In Kaplan HI and Sadock BJ (eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV, volume 1, fourth edition*, Williams and Wilkins, Baltimore / London, 1985, pp. 904-917.

17. Öztürk, O: Saplantı-zorlantı bozukluğu. Ruh sağlığı ve bozuklukları, Nural Matbaacılık A.Ş. , Ankara , 1988, sayfa 248-254.

18. Pato MT, Zohar-Kordouch R, zohar J, Murphy DL : Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive- compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 145:1521-1525, 1988.

19. Perse T, Greist JH, Jefferson JW, et al : Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 144:1987.

20. Perse T: Obsessive - compulsive disorder : A treatment review. *J Clin Psychiatry* 49:48-55, 1988.

21. Price LH, Goodman WK, Charney DS, et al : Treatment of severe obsessive - compulsive disorder with fluvoxamine. *Am J Psychiatry* 144:1054-1061, 1987.

22. Rasmussen SA, Tsuang MT: Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive - compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 143:317-322, 1986.

23. Steketee G, Foa EB, Grayson JB: Recent advances in the behavioral treatment of obsessive - compulsives . *Arch Gen Psychiatry* 39:1365-1370, 1982.

24. Tuncer C, Abay E, Arslanoğlu K: Obsessif kompulsif bozukluk etyolojisinde yeni görüşler. *Düşünen Adam* 8:5-7 , 1987.

25. Watts VS, Neill JR: Buspirone in obsessive - compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 145: 1606, 1988.

26. Zohar J, Insel TR, et al: serotonergic Responsivity in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 45:167-172, 1988.

TALAMİK KANAMALARDA KLİNİK B.B.T. ÖZELLİKLERİ

Dr. Faik Budak (x) Dr. Muhteşem Gedizlioğlu
Dr. Mustafa Başoğlu (x)

ÖZET:

Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) ile tanısı konan talamik kanama olgusunda yaş ve risk faktörleri, klinik özellikler, prognoz ve BBT bulguları incelendi. Bilinç bozukluğu, oküler bulgular, motor ve duygusal defisitler ve prognozun hematom çapı arttıkça kötüleştiği söylenir. Buna göre sonucu belirleyen en önemli etkenin hematomun çapı olduğu görüldü. Ayrıca serebrovasküler hastalıkların ayırıcı tanısında BBT'nin önemi vurgulandı.

Anahtar sözcükler: Talamik kanama, Bilgisayarlı Beyin Tomografisi.

SUMMARY:

In 26 patients, with cerebrovascular disease (CVD) thalamic haemorrhage is diagnosed by CT. In this group, age, risk factors, clinical features, outcomes and tomographic findings were analysed. Ocular findings, sensory-motor deficits, alterations in consciousness and prognosis have been worsening as haematom's diameter increased, so that in thalamic haemorrhage haematom's diameter is particularly important if it's larger than 3 cms. Our study also confirms the importance of CT in diagnosis of CVD.

Key Words : Thalamic haemorrhage, Computed tomography.

GİRİŞ:

Talamik Kanamalar otopsi çalışmalarında serebral kanamaların % 13'ünü oluşturur. BBT uygulaması sonucu bu oran % 20-30'a kadar çıkmıştır. sistemik arteriyel hipertansiyon en sık nedenidir. Diğer nedenler arasında anevrizm, ruptür, vasküler malformasyonlar, tümör kanaması ve pıhtılaşma bozuklukları sayılabilir. (7,8).

Talamik kanamada internal kapsüle baskı sonucu hemipleji görülürse de, genellikle belirgin olan semptom duyu bozukluğudur. Geçici hemionopsi olabilir. Kanama talamusun medialine veya subtalamusu yayılırsa vertikal bakış paralizisi olabilir. Bazı olgularda karşı taraf gözün aşırı kayması ile skew deviasyon, aynı tarafta ptosis, myozis ve hemiballismus görülür. Dominant olmayan talamik lezyonlarda mutizm bildirilmiştir. (5).

BBT intrakranial kavramını genişletmiştir. Pek çok çalışmacı, subkortikal lobar, ganglionik, beyin sapı ve serebellar kanamaları incelemiştir. talamik kanamaların klinik BBT korelasyonu ise ancak birkaç raporda etraflıca verilmiştir. (4,7,9).

(X) Atatürk Sağlık sitesi İzmir devlet hastanesi Nöroloji Servisi.