

## Ergenlikte Başlayan Dissosiyatif Bozukluğa Benzeyen Obsesif Kompülsif Bozukluk: İlaç Destekli Görüşmenin Rolü

Narayana Manjunatha NARAYANA<sup>1</sup>, Dr. John P. JOHN<sup>2</sup>, Dr. Suresh Bada MATH<sup>3</sup>, Dr. Sundar GS. Keerthi SUNDAR<sup>4</sup>, Urvakhsh Meherwan MEHTA<sup>5</sup>, Vivek H. PHUTANE<sup>6</sup>

### Özet / Abstract

Obsesif kompülsif belirtilerinin saptanmasında kaydedilen önemli gelişmelere rağmen çocukluk çağında Obsesif Kompülsif Bozukluk (OKB) tanısı atlanabilmektedir. Bu çalışma disosiyatif bozukluk gibi görünen ergenlik başlangıcı bir OKB vakasını sunmaktadır. Tanının doğruluğu ilaç (tiyopental) destekli görüşme ile kontrol edilmiştir. Bu çalışmada hastanın cinsellik ve saldırganlık temali obsesyonları vardır, ama kompülsif belirtileri yoktur. Ergenlikte ortaya çıkan OKB kendini disosiyatif bozukluk belirtileriyle gösterebilmektedir ve OKB'ye bağlı olarak yaşanan stresin ortaya konulmasında tiyopental destekli görüşme yardımcı olabilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Obsesif Kompülsif Bozukluk (OKB), Disosiyatif Bozukluk, Tutulma Bozukluğu

**SUMMARY:** Adolescent Onset Obsessive Compulsive Disorder Presented as Dissociative Disorders: Role of Drug Assisted Interview

Paediatric Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is still under-diagnosed, despite significant advances made in identifying obsessive-compulsive symptoms. The authors report a case of adolescent-onset OCD presenting as a mixed dissociative disorder. The drug assisted interview provided a breakthrough in revising the correct diagnosis of the clinical condition. The psychopathology of the patient contains sexual and aggressive obsessions without any compulsions. Adolescent OCD can present as dissociative disorders and a thiopentone interview can be helpful in revealing the distress associated with OCD.

**Key Words:** Obsessive Compulsive Disorder, Dissociative Disorder, possession disorder

Geliş Tarihi: 20.09.2009 - Kabul Tarihi: 29.01.2010

<sup>1</sup>Asis., <sup>2</sup>Doç., <sup>3</sup>Yrd. Doç., <sup>4</sup>Asis., <sup>5</sup>Asis., <sup>6</sup>Asis., National Institute of Mental Health and Neuro Sciences (NIMHANS), Bangalore, Hindistan.  
Narayana Manjunatha Narayana, e-posta: manjunatha.adc@gmail.com

## GİRİŞ

Yetişkinlik ve çocukluk çağında obsesif kompülsif bozukluk (OKB) iyi tanınan bunaltı bozukluklarından biridir (Srinath ve Janardhan Reddy 2007). OKB'nin başlangıç yaşı yetişkinlerde 20 ve 25 yaş aralığında (Karno ve ark. 1988) ve çocukların ise 7,5 ve 12,5 yaş aralığındadır (Geller ve ark. 1998). Yetişkinlere kıyasla çocukların çağının OKB vakalarında a) başlangıç yaşı net hatırlanamamakta (Arnold ve ark. 1996), b) içgörü sınırlı olmakta (Geller ve ark. 2001), c) OKB daha çok eşikaltı belirtilerle kendini göstermekte (Geller ve ark. 2001) ve d) obsesif belirtiler kolaylıkla gözlenmemektedir. Ayrıca, e) çocukların çağının OKB tanısı ve tedavisi gecikebilmektedir (Geller ve ark. 2001). Bunlardan ötürü de çocukların çağının OKB belirtilerinin tam olarak neler olduğu bilinmemektedir.

Çocukluk çağının OKB hastalarında içeriği zamanla değişen çeşitli obsesif ve kompülsif belirtiler görülebilir (Swedo ve ark. 1989, Flament ve ark. 1988). Çocuk ve ergen OKB hastalarının içgörülerini yetişkinlere göre oldukça zayıftır, obsesyonlar daha az belirgindir ve genel olarak çocukların kompülsif belirtiler daha çok gözlenir (Rettew ve ark. 1992, Geller ve ark. 1998, Khanna ve Srinath 1989). Ergen OKB hastalarında ise çocuk ve yetişkinlere oranla zihinsel ritüeller, dini, cinsel ve agresif obsesyonlar daha sık görülmektedir (Mancebo ve ark. 2008, Geller ve ark. 2001).

Çalışmalar OKB ile beraber sendrom olarak disosiyatif bozukluk olmayan disosiyatif deneyimlerin sıklıkla görülebildiğini göstermektedir (Lochner ve ark. 2004, Wolańczyk ve Bryńska 1998). Disosiyatif bozukluklar da kompülsif belirtiler (Agarwal 2006, Bieniecka ve Sulestrowska 1982) ve psikojenik nöbetler görüldüğü bildirilmiştir (Wolańczyk ve Bryńska 1998). Bildiğimiz kadariyla literatürde ilk kez bu makalede disosiyatif bozukluk belirtileri (disosiyatif konvülsiyonlar ve tutulma nöbetleri) gösteren ergenlik başlangıçlı bir OKB vakası sunulmaktadır.

### Vaka sunumu

Bu vaka çalışmasına son iki aydır birden bire ortaya çıkan ve epizodik nöbetler şeklinde seyreden anormal davranışlar şikayetyle kliniğe başvuran 17 yaşında 11. sınıf öğrencisi erkek bir ergen alındı. Hasta orta sosyo-ekonomik düzeyli ve yarı-kentsel bir bölgede yaşayan bir aileden gelmektedir. Hastanın ve ailinin öyküsünde olumsuz olaylar vardı. İlk nöbet aniden ortaya çıkan bunaltı, çarpıntı, terleme ve mide ağrısı ile başlamış, ardından 10 dakika boyunca bacakların tuhaf dairesel hareketi ile devam etmişti. Nöbet süresince hastanın ola-

yın tamamen farkında olduğu ve ona yönetilen soruları cevaplayabildiği bildirildi. Bu nöbetten iki hafta sonra 25 dakika süren benzer bir nöbet yaşamış. Atağı kadın gibi davranışın şeklinde kendini gösteren ve 30-40 dakika süren tutulma olgusu (possession phenomenon) takip etmiş. Bu sırada hasta hiç konuşmamış ve ardından olayı tamamen hatırlayamamış. Disosiyatif nöbetler sonraki iki ay boyunca haftada 2-3 kez devam etmiş. Bu süre içinde hasta okula gitmekten kaçınmış ve çabuk sinirlendiği, içine kapanık durduğu gözlenmiştir. Kan sayımı, biyokimyasal göstergeler ve elektroensefalografi sonuçları normal bulundu. Hastaya ICD-10 tanı ölçütlerine göre disosiyatif bozukluk tanısı kondu.

İlk müdahalede belirtilerin ve ikincil kazançların azaltılmasına odaklanıldı. Bireysel terapi seanslarında, hastanın terapist ile koopere olmadığı, göz temasından kaçındığı ve yüz ifadesinin donuk olduğu gözlandı. Tedavi ilişkisi kurmakta zorlanıldı. Sertralın başlandı ve iki hafta içinde 100 mg'a çıkarıldı. Bu süre içinde hasta dört disosiyatif nöbet geçirdi; nöbetler sırasında tutulma belirtisi görülmeli.

Terapi seanslarında ilerlemenin çok yavaş olması ve hastanın duygularını ifade edememesi nedeniyle ilaç (tiyopental) destekli görüşme yapılması planlandı. Bu uygulama için hem hastadan hem de babasından yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Tiyopental verilmeden birkaç dakika önce hasta uygulayıcıya aklına "kötü" cinsel düşüncelerin geldiğini söyledi. Bu düşüncelerle ilgili hastanın daha ayrıntılı bilgi vermesi beklenisi ile tiyopental destekli görüşme ertelendi. Ertesi hafta hasta disosiyatif nöbet geçirmeye devam etti ama kötü düşüncelerle ilgili başka bilgi vermedi. Bu yüzden tiyopental destekli görüşme bir hafta sonra uygulandı. Hasta 13 aydır tekrarlayan cinsel düşüncelerin ve annesini de içeren kadın görüntülerinin aklına geldiğini ve bu durumun son 2 aydır kendisini çok rahatsız ettiğini bildirdi. Ayrıca, babasını öldürme ve yüksek binalardan atlama dürtülerinin yinelediğini belirtti. Bu dürtülerin obsesif nitelikte olduğu anlaşıldı. Hastanın bunlarla bağlantılı herhangi bir kompülsif belirtisi yoktu. Son iki ayda geçirdiği disosiyatif nöbetlere neden olacak şekilde bu obsesyonlarla ilgili kontrol edemediği yoğun bunaltıdan söz etti.

Bu bilgiler ışığında ICD-10 tanı ölçütlerine göre hastanın tanısı obsesyon baskın -OKB olarak değiştirildi. Hasta Yale-Brown Obsesif-Kompülsif Skalası'ndan (Y-BOCS) 40 üzerinden 15 puan aldı (obsesif skaladan 15/20, kompülsif skaladan 0/20) (Goodman ve ark. 1989).

Bir sonraki müdahale basamağında disosiyatif nöbetler ile obsesif bunaltı arasında bağlantı kurulması amaçlandı. Dördüncü haftanın sonunda sertralın günde 200 mg doza çıkarıldı ve tedaviye 4 mg risperidon eklendi. Altıncı haftanın sonunda hastanın bunaltısı azaldı ve daha az disosiyatif nöbeti oldu. İki ayın sonunda hasta taburcu edildiğinde Y-BOCS puanı 7/40 idi ve disosiyatif nöbetleri kalmamıştı. Hastanın sertralın ve risperidon tedavisi sürdürdü, taburculuk sonrası iki kontrol muayenesinde % 60-70 iyileşme gözlendi, disosiyatif nöbet geçirmediği öğrenildi.

## TARTIŞMA

Hastanın disosiyatif nöbetleri 13 ay öncesinde obsesif belirtilerin başladığı zamana dayanmaktadır. Bu bilgi tiyopental destekli görüşme sırasında hastaya da aktarılmıştır. Hastanın annesi ile ilgili cinsel ve babaşıyla ilgili agresif obsesyonlarının sosyokültürel tabu olması ve hastanın bu obsesif dürtülerden rahatsızlığını duymasından ötürü obsesyonlarının gizli kaldığı düşünülmektedir.

Hastanın gözlenen belirtileri disosiyatif bozukluk ile uyumlu olduğu için ilk müdahaleler disosiyatif nöbetlere yönelik olmuştur. Bu yaklaşımın belirtileri azaltmaması

nedeniyle ile tiyopental destekli görüşme yapılmıştır. Bu görüşme sayesinde hastanın tanısı OKB olarak değiştirilmiş ve tedavi de buna uygun olarak yeniden planlanmıştır. İlaç destekli görüşme hem hastaya yoğun bunaltı yaratan obsesyonlarından bahsetmesine yardımcı olmuş hem de medikal ekibin daha uygun tanı koyup tedaviye başlamasını sağlamıştır. Disosiyatif bozukluk tanısı sırasında hastaya önce psikoterapi yapılması planlanmış, ama belirtilerin karışıklığından dolayı hastanın daha çok psikofarmakolojik tedaviden yarar görebileceği düşünülmüşür. OKB tanısı konduktan sonra da psikoterapi düşünülmemiştir.

OKB prognozunda disosiyatif belirtilerinin yeri literatürde araştırılmamış bir konudur. Yetişkinlerde disosiyatif bozuklukların tedavisinde yardımcı olan tiyopental destekli görüşme ergenlerde bir tanı koyma yöntemi olarak kullanılabilir.

## SONUÇ

Ergenlikte OKB ile bağlantılı stres ve bunaltı kendini disosiyatif bozukluk şeklinde gösterebilmektedir. Özellikle disosiyatif belirtilerin iyileşmediği durumlarda tiyopental destekli görüşme OKB'nın yol açtığı stresin ortaya çıkarılmasında işe yarayabilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Agarwal AL (2006) Compulsive symptoms in dissociative (Conversion) disorder. Indian J Psychiatry, 48:198-200.
- Angold A, Erkanli A, Costello EJ ve ark. (1996) Precision, reliability and accuracy in the dating of symptom onsets in child and adolescent psychopathology. J Child Psychol Psychiatry, 37:657-664.
- Bierniecka A, Sulestrowska H (1982) Compulsive motors acts hysterical reaction caused by insurmountable fear of school. Psychiatr Pol, 16:210-203.
- Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL ve ark. (1988) Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 27:764-71.
- Geller D, Biederman J, Jones J ve ark. (1998) Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37: 420-7.
- Geller DA, Biederman J, Faraone S ve ark. (2001) Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: Findings in children, adolescents, and adults. J Nervous Mental Dis, 189:471-7.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark. (1989) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, Use, and Reliability. Arch Gen Psychiatry, 46:1006-1011.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB ve ark. (1988) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry, 45:1094-1099.
- Khanna S, Srinath S (1989) Childhood obsessive-compulsive disorder. I. Psychopathology. Psychopathology, 32:47-54.
- Lochner C, Seedat S, Hemmings SM ve ark. (2004) Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. Compr Psychiatry, 45:384-91.
- Mancebo MC, Garcia AM, Pinto A ve ark. (2008) Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults. Acta Psychiatr Scand, 118:149-59.
- Srinath S, Janardhan Reddy YC (2007) Childhood Obsessive Compulsive Disorder - A perspective from India. S Srinath ve YC Janardhan Reddy (ed), Obsessive Compulsive Disorder: Current Understanding and Future Directions. Bangalore: National Institute of Mental Health and Neuro Sciences. sf: 159-178.
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H ve ark. (1989) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. Arch Gen Psychiatry, 46:335-340.
- Rettew DC, Swedo SE, Leonard HL ve ark. (1992) Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 31:1050-6.
- Wolańczyk T, Bryńska A (1998) Psychogenic seizures in obsessive-compulsive disorder with poor insight: a case report. Pediatr Neurol, 18:85-6.

## RASİM ADASAL RUH SAĞLIĞI BİLİM ÖDÜLÜ

1. **Rasim Adasal Ruh Sağlığı Bilim Ödülü** kurucusu olduğu Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği işbirliğiyle düzenlenmiştir. 1999 yılından beri verilmektedir.
2. Ödül, modern psikiyatriyi Türkiye'de yerlestiren ve kamuoyunda yaptığı çalışmalarla toplumla psikiyatriyi bütünlüştiren **Prof. Dr. Rasim ADASAL'ın** adına konulmuştur. Onun hizmetlerinin gelecek kuşaklara aktarılması ve tanıtılması amacını taşımaktadır. Böylelikle ruh hekimi ve topluma mal olmuş bir kişilik olarak onun anısını canlı tutmak amaçlanmıştır.
3. Ödül, verildiği yıl esas olmak üzere, son beş yıl içinde ruh sağlığı ve hastalıkları alanında ülkemizde yapılmış ve yurt dışında yayınlanmış klinik çalışmalara verilmektedir.
4. Ödül jürisi her yıl Ankara Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından belirlenecek yedi kişiden oluşmaktadır. Ödül jürisi seçim sonucunu o yıl yapılan Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde ilan edecektir.
5. Ödül için başvuru her yıl 01 Ocak-31 Temmuz tarihleri arasındadır.
6. Ödüle başvuran çalışmalar için daha önce ödül almamış olma koşulu vardır.
7. Ödül başvurusunda bulunan araştırmacının çalışmadaki ilk iki isimden biri olması ve özgeçmiş ile yayın listesini başvurusuna eklemesi gerekmektedir.
8. Başvuruların değerlendirilmesinden gözönüne alınacak temel ölçütler şunlardır:
  - i. Özgünlük
  - ii. Yöntemsel yetkinlik
  - iii. Ülkemiz bilim aktivitesini temsil niteliği
  - iv. Yayımlandığı dergi
9. Ödül jürisinde görev alanlar her çalışma için gerekçeli kişisel rapor hazırlayacak ve yapacakları sıralama değerlendirmede esas alınacaktır.
10. Ödül tutarı her yıl için ayrıca belirlenecek olup Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği tarafından karşılanacaktır.