

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TEDAVİSİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Berat Yılmaz^{1*}

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TEDAVİSİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Özet

Psikiyatrik hastalık, çeşitli nedenlerle kişinin düşüncesinde, ruh halinde yada davranışlarında sorun olması halidir. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), insanların tekrar eden, istenmeyen düşünceleri, fikirleri veya sansasyonları (takıntılar) yineleyici bir şekilde yapmaya (zorlayıcı davranışlar) yönlendirdikleri bir kaygı bozukluğudur. Hastalığın teşhisinde bu tür işaret ve semptomlar belirleyicidir. Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinin başarılı bir şekilde yapılabilmesi için klinik değer taşıyan birçok araştırma uzun zamandır yapılmaktadır. Eğer depresyon şiddetli ise antidepresanlar hastalık belirtilerini azaltmada başarılı sonuçlar sergilemektedir. Hekimlerin çoğunluğu dünyada milyonlarca insanın etkilendiği obsesif kompulsif bozukluğu etkili bir şekilde tedavi edebilmek için psikoterapi ve ilaç kombinasyonu tercih etmektedirler. Ayrıca bu hastalığın tedavisinde cerrahi usullerde kullanılmaktadır. Literatürde birbirinden bağımsız tamamlanmış birçok çalışma yer almaktadır. Bu derleme çalışmasında, akademisyenler ve uzmanlar tarafından gerçekleştirilmiş çalışmaların birleştirilmiş ve düzenlenmiş şekilde, bilhassa obsesif kompulsif bozukluk yaşayan hastalara yönelik teşhis ve tedavi usulleri detaylı olarak anlatılmıştır.

CURRENT APPROACHES IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER TREATMENT

Abstract

Psychiatric illness is a condition in which a person thinks for a variety of reasons, and behaves in a sad manner. Obsessive-compulsive disorder (OCD) is an anxiety disorder in which time people have recurring, unwanted thoughts, ideas or sensations (obsessions) that make them feel driven to do something repetitively (compulsions). The repetitive behaviors, such as hand washing, checking on things or cleaning, can significantly interfere with a person's daily activities and social interactions. Such signs and symptoms are determined in the diagnosis of the disease. Many studies with clinical value have been performed for a long time so that the treatment of obsessive compulsive disorder can be successfully performed. If depression is severe, antidepressants are successful in reducing disease symptoms. The majority of physicians prefer psychotherapy and drug combinations to effectively treat obsessive-compulsive disorder, which affects millions of people around the world. It is also used in surgical procedures in the treatment of this disease. There are many independent studies completed independently in the literature. In this review, the diagnostic and treatment methods for the patients who have undergone these studies performed by academicians and specialists in a combined and arranged manner, especially those with obsessive compulsive disorder, are explained in detail.

Anahtar Kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, teşhis, tedavi, psikiyatrik hastalık

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, diagnosis, treatment, psychiatric illness

1. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK TANIMI VE KRİTERLERİ

Obsesyon: Tedirgin etmek, sıkıştırmak, rahat vermemek, bunaltmak anlamında Latince'de "obsidere" sözcüğünden gelen psikiyatri sözlüklerinde, "yanlış olduğunu bildiğimiz halde kafamızdan atamadığımız, mantık ve muhakeme ile uzaklaştırılamayan, arzu edilmeyen saplantı halindeki fikirler" olarak tanımlanır (1,2).

Bireyin bilincine istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yorumlanan, çoğu zaman anlamsız kabul edilen, bireyin kendisine rahatsızlık verdiği ve anksiyete yarattığı halde bilinçli çaba ile bundan kendini kurtaramadığı, yineleyen, ısrarlı, zorlayıcı, benliğe yabancı, düşünce, dürtü, söz veya imgelemlerdir. Çevreden kan, tükürük, mikrop gibi kir bulaşması veya kişinin çevreye kir bulaştırması, kontrolünü kaybetme ve saldırgan davranışta bulunma korkusu, tekrarlayan ve kontrol edilemeyen cinsel düşünceler, dinle ve ahlaki değerlerle aşırı uğraşma vb. gibi takıntılar obsesyona örnek teşkil ederler (1).

* Sorumlu Yazar : İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi İstanbul, Türkiye
e-mail: beratyilmaz1661@gmail.com

¹ İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, İstanbul, Türkiye

- Kompulsiyon (tekrarlayan davranışlar):

Çoğu kez saplantılı düşünceyi (obsesyon) zihinden uzaklaştırmak için yapılan irade dışı yinelenen hareketlerle (kompulsiyon) karakterize olan ve hastaların takıntılı düşüncelerden kurtulmak için akıllarına başka düşünceleri getirmeleri veya bazı davranışlarda bulunmaları şeklindeki düşünce ve davranışlara kompulsiyon denir (2).

Görünüşte bir amaca yönelik, kesin kuralları olan, istenç dışı yineleyen davranışlar, mental ya da motor eylemlerdir. Ancak kalıcı yararı olmaz, hastayı yorgun düşürür. Obsesyonun oluştuğu gerilim, kompulsiyonun yerine getirilmesi ile hafifletilmiş olur (2).

Takıntılı düşünceler anksiyete artışına neden olurken kompulsiyonlar anksiyeteyi azaltır. Ağır Obsesif Kompulsif Bozulmuş (OKB) sahip OKB hastalarında bazen bu kompulsiyonlar uzun süreler ile karakterize olabilmektedir. Örneğin saatlerce el yıkamak, banyo yapmak veya tekrar tekrar ev temizlemek gibi temizliğinden ya da yapılan eylemin tam olarak gerçekleşmemesinden endişe duymaktadırlar. Bu şekilde el yıkayarak günde bir kalıp sabun bitiren veya çamaşır suyu ile elini yıkayan hastalara rastlamak mümkündür.

- Obsesif Kompulsif Bozukluk:

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) istek dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile zihinden uzaklaştırılamayan, yinelenen düşünce (obsesyon) ve/veya çoğu kez saplantılı düşünceyi zihinden uzaklaştırmak için yapılan irade dışı yinelenen hareketlerle (kompulsiyon) karakterize bir hastalıktır. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), psikiyatrik bozukluklar içerisinde fobiler, madde kullanımı ve duygulanım bozukluklarından sonra dördüncü sıklıkta görülen bir psikiyatrik rahatsızlık türüdür (3,4).

Obsesyon ve kompulsiyonlar 1838'de Jean Ettiene Dominique Esquirol tarafından psikiyatrik literatürde ilk defa tanımlanmış ve depresyon ve melankoli sonucunda ortaya çıktığını savunmuştur. Obsesyon terimini ilk olarak 1860'da Morel kullanmıştır.

OKB, Esquirol' ün ilk olguyu tanımlaması ve Morel'in ilk "Obsesyon" terimini kullanmasının ardından şimdiye kadar, tanımının sık değiştiği bir bozukluk olmuştur (5).

Pierre Janet fobileri 20. Yüzyılın başlarında, obsesyonları ve kompulsiyonları bir başlık altında toplayarak psikastenii adını vermiş ve bunun irade zayıflaması sonucu çıktığını ileri sürmüştür. Obsesif kompulsif nevroz için aşağıdaki ölçütleri getirmiştir (6):

- 1) Belli bir şey düşünmeye, hissetmeye ya da yapmaya yönelik öznel bir zorlanmışlık duygusunun varlığı,
- 2) Obsesyon içeriğinin saçma ya da mantık dışı benliğe yabancı olarak algılanması,
- 3) Obsesyona direncin eşlik etmesi.

Fransız klinisyenleri 19. yüzyılda, obsesif-kompulsif bozukluğu şüphe ve güvensizlik dolayısıyla karar verememe ya da bir algıya güvenememe olarak açıklamışlardır. Alman klinisyenler ise bozukluğu daha bilişsel olarak ele almış ve patolojiyi, nörolojik yapıların bilişsel temsilleri olan mantıksız düşüncelere dayandırmışlardır. OKB semptomları uzun yıllardır incelense de 20. yüzyılın başına kadar bozukluk tam olarak adlandırılmamıştır. Freud, birkaç vaka örneklemeyle fobilerdeki ruhsal kökenin, obsesif-kompulsif bozukluktaki ruhsal kökenden ve psikodinamik etkenlerden farklı olduğunu göstererek obsesif kompulsif nevroz olarak adlandırdığı bozukluğa dikkat çekmiş, fobik nevroz ve obsesif kompulsif nevrozu ayrı bozukluklar olarak nitelmiştir (7).

1950'lerden itibaren davranışçı psikologlar obsesif kompulsif bozukluğu öğrenme kuramlarıyla açıklamışlar ve bu bozukluğun tedavisi ile ilgili halen kullanılan, semptomların azaltılmasıdaki başarısı kanıtlanmış bazı yöntemler uygulamışlardır. Son yıllarda bu bozukluğun etiyojisine yönelik çalışmalar daha çok biyolojik alana kaymış, farmakolojik etkenler, nörocerrahi, beyin görüntüleme, genetik, nöropsikolojik difonksiyon ve bozukluğun diğer hastalıklarla ilişkisi ile ilgili çalışmalar hız kazanmıştır. 20. yüzyılda davranışçıların öngördüğü kuramlar ve nörobiyolojiye ilişkin araştırmalar obsesif kompulsif nevroz etiyojisine ve tedavisine önemli katkılar sağlamıştır (8).

Obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı %1,9-3,3 (yaklaşık %2-3 arası) arasında değişen ve biyolojik kökeniyle ilgili yoğun araştırmaların yürütüldüğü, aile bağımlı, akademik, meslek ve sosyal işlevselliği olumsuz yönde etkileyen süregelen bir rahatsızlıktır. Ancak toplumda bu kadar yaygınlığı bulunan bir rahatsızlık olmasına rağmen, teşhis ve takibinin yapıldığı hasta sayısı yüksek değildir (8).

Bu tür hastalar günün büyük bölümünü hatta tümünü basmakalıp, kalıplaşmış, tekdüze zorunlu hareketleri yapmakla geçirir. Başka bir ifadeyle törensel (ritual) nitelik kazanmış hareketler hastanın bütün yaşamını doldurur. Bu durum hastanın başarısını, üreticiliğini, üretimini, uyumunu bozar. Hasta bu tür düşünceleri ya da hareketleri önlemeye çalıştığında ya da dışarıdan zorlandığında kaygı düzeyi çok yükselir ve yoğun panik duygusu yaşanır.

İstenmeyen düşünceler çoğunlukla karşıt düşüncelerin çatışması ya da kuşku biçiminde olur. Çocuğuna çok bağlı olan, ona aşırı ilgi ve sevgi gösteren annenin, çocuğa zarar vereceğinden kuşku duyması buna örnektir (3,4).

Hem sık rastlanan bir rahatsızlık olması hem de kişinin yaşamı ve çevresine olan belirgin derecedeki olumsuz etkileri nedeniyle OKB alanındaki araştırmalar son yıllarda giderek daha çok ilgi çekmektedir. Ancak Obsesif kompulsif nevrozun tedavisi çoğu hastalarda olumlu sonuç vermemektedir. Rasim Adasal bu hastalık için "öldürmeyen, felâket çektiren ruh kanseri" ibaresini kullanmaktadır (2).

Tarihte OKB, pek çok tanımsal evrim geçirmiştir. İlk önceleri (orta çağda) birçok psikiyatrik hastalıklar için olduğu gibi bu bozukluk da büyü ve dinsel tanımlarla açıklanmaya çalışılmış ve zamanla dinsel tanım ve görüşler yerini tıbbi izahlara ve açıklamalara bırakmıştır. Genellikle cinsellik ile ilgili obsesif düşüncelere sahip kişilerin şeytan tarafından yönetildiğine ve hastalıklıtan kurtulmanın tek yolunun şeytan çıkartma olduğuna inanılırdı (2).

Kutsal kitaplarda M. Ö. 11. yüzyılın ikinci yarısında, İsrail kralı olan Saul'u sık sık şeytandan gelen zararlı düşüncelerin yakaladığı, damadının da arp çalarak zararlı düşüncelerinden kurtardığı yazılmıştır. Shakespeare, Lady Macbeth kimliğinde el yıkama kompulsiyonlarının özgün örneğini vermiştir (5).

2. KLİNİK ÖZELLİKLER

Bireylerde hem obsesyon hem kompulsiyon belirtileri birlikte görülebildiği gibi, OKB'de sadece obsesyonlar ya da sadece kompulsiyonların bulunduğu hastalar da vardır. Obsesyon (saplantı) istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ve sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir. Kompulsiyon (zorlantı) ise, obsesyonlara tepki olarak gelişen ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kuralara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (el yıkama, sıraya koyma, kontrol etme gibi) ya da zihinsel eylemlerdir. Hastalarda sık görülen obsesyon çeşitleri şunlardır: (13).

Bulaşma (kontaminasyon) obsesyonları: En sık görülen obsesyon türüdür. Bu obsesyonlar gözle görülmeyen mikrop, kir veya zararlı etkenlerle kişinin kirleneceği, enfekte olacağı şeklinde bir kaygı ile kendini göstermektedir. En sık belirti bulaşma obsesyonları ve yıkama veya olası bulaştırıcı nesnelere kaçınma kompulsiyonlarıdır. Toplu kullanım alanlarında hastalıkların bulaşmasından korkma, mikrop bulaşacağı düşüncesiyle kapı kollarına dokunmaktan ve el sıkmaktan korkma, hayvanlara dokunmaktan korkma ve kendi vücut salgılarından korkma gibi düşünceleri içermektedir. Bu obsesyona sıklıkla temizlik kompulsiyonları eşlik etmektedir. Herşey bir kirlenme kaynağı olabilir (toz, toprak, kir, idrar vb). Hastalar bulaşmanın sıklıkla nesneden nesneye veya insandan insana en küçük bir temasla ya da tamamen temassız geçtiği hissine kapılırlar. Hastalar bu nedenle ellerinin derisini zedeleyecek kadar sık el yıkayabilirler Çeşitli çalışmalarda en sık karşılaşılan obsesyonun bulaşma obsesyonu olduğu bildirilmiş olup hastaların yaklaşık %45-55'inde görülmektedir (14).

Kuşku obsesyonları: İkinci en sık görülen obsesyon türü ise kuşku obsesyonlarıdır. Bu obsesyon bir dereceye kadar tehlike barındırabilir (örneğin kapıyı kilitlemeyi unutmak gibi). Kontrol etme davranışları bir şeyi tekrar tekrar kontrol etmeyi içerir. Hastalarda obsesyonel kuşku vardır ve her zaman bir şeyi unuttukları için huzursuzluk duyarlar ve suçluluk hissederler. Bir işi yapıp yapmadığından emin olamama ile ilişkilidir. Arabanın veya evin kapısının açık olup olmadığı, mutfaktaki tüpün açık unutulup unutulmadığı, kapının kilitli olup olmadığı gibi temaları içeren obsesyonlardır. Çoğu zaman diğer obsesyonlara eşlik eden bir fenomen de olabilir. Hastalar obsesyonel olarak birşeyi unutmış olduklarından veya hatalı şeyler yaptıklarından kuşkulanırlar. Bazı çalışmalarda bu obsesyonun görülme sıklığı %23 olarak bulunmuştur. Bunu genellikle kontrol etme kompulsiyonu izler (15).

Saldırganlık obsesyonları: Kişinin kendisine veya çevresindeki diğer insanlara zarar verme, öldürme düşünceleri, şiddet içeren korkutucu imgeler, utanılacak bir şeyi yapmaktan korkma, dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar vermekten korkma ile ilgili obsesyonlardır. OKB hastalarında bu obsesyonların yaygınlığı %10-20 arasındadır.

Biriktirme obsesyonları: Birçok şeyin gereksinim duyulmamasına rağmen satın alınması, sahip olunan hiçbir şeyi atamama tarzındadır. Eski dergi, gazete ve mektupları ve gereksiz şeyleri kapsamaktadır. Hobi için veya maddi değeri olan eşyaları toplamak bu kapsamda değerlendirilmemektedir (11).

Cinsel obsesyonlar: Yabancı, aileden ya da arkadaşlardan biri ile ilgili istenmeyen cinsel düşüncelere sahip olma, çocukları içeren cinsel düşünceler, eşcinsellik ile ilgili cinsel düşüncelere kapılma ile ilişkili obsesyonlardır. OKB'lerde görülme sıklığı %13- 26 arasındadır.

Dini obsesyonlar: Genellikle dindar kişilerin günah sayılan düşüncelerin akla gelmesi şeklinde ortaya çıkar. Tanrıya küfretme, varlığına inanmama gibi dinsizlik ile ilgili düşüncelere sahip olmaktan kaygılanma, dini değerlere küfür etme ve bundan dolayı ceza almaktan korkma gibi durumları içeren obsesyonlardır. Görülme sıklığı %11-42 arasında değişmektedir (16).

Simetri, düzen obsesyonları: Kişinin her şeyi yerli yerinde düzgün ve sırasında olması gerektiğini düşünme ve hissetmesiyle ilgili obsesyonlardır. Havluların, resimlerin ve kitapların aynı hizada olması, eşyaların yerinde bulunması ve el yazısının mükemmel olması gerektiği gibi düşüncelerdir Daha çok bu tür obsesyonlara; kontrol, sayma, sıralama ve düzenleme gibi kompulsiyonlar eşlik eder.

Somatik obsesyonlar: Kişilerin kanser ve AIDS, gibi tedavi edilmesi zor olan hastalıklarının bulunduğu ya da bu hastalıklara yakalanma ihtimalini düşünmeleriyle ilgili obsesyonlardır.

Ne kadar kuvvetli ve itici obsesyon veya kompulsiyonlara sahip olursa olsun, kişiler bunların anlamsız ve saçma olduğunun farkındadır. Obsesyonel düşünceler hemen her zaman huzursuzluk verir. Obsesyon veya kompulsiyonlardan yakınan kişi, genellikle bunlara karşı koymak için kuvvetli bir istek duyar. Hastaların yaklaşık %80'i kompulsiyonlarının saçma olduğuna inanmalarına rağmen, en fazla yarısı bunlara karşı hafif bir direnç gösterebilir (7).

Obsesif-kompulsif bozukluk temelinde sunulan birkaç semptom kümesi vardır. Birinci grupta kirlenme ile ilgili obsesyonlar ve kirlilik düşüncesine dayalı yıkama ve kirli objelerden sakınma kompulsiyonları yer alır. İkinci grupta patolojik sayma ve kompulsif kontrol etme vardır. Üçüncü grupta ise hiç kompulsif bulgusu olmayan pür obsesyonu olan hastalar bulunur. Baskın semptomu yavaşlık olan son grup diğerlerinden ayrılır. Hastalar her gün yıkanmak, giyinmek, ödevlerini yapmak için saatler harcayabilirler ve yaşamları son derece yavaş seyreder (obsesyonel yavaşlık). Obsesyon ve kompulsiyonların türü ve şiddeti zaman içinde değişim gösterebilmektedir. Belirtilerde bu tür dalgalanın sık olmasına rağmen, uzun zaman belirtilerin tamamen düzelmesi veya hastalığın tam remisyona girmesi nadir görülmektedir (15).

Pediyatrik OKB: Çocuk ve ergenlerde görülen OKB gidişat ve sonuç itibarıyla önemli bir bozukluktur. Gelişimsel özellikleri dikkate alındığında çocuktaki OKB semptomlarının buna göre değerlendirilmesi gerekir. Çocuklar yaşlarına bağlı olarak obsesif kompulsif davranışlar gösterebilir (17).

Çocuk ve ergen yaş grubunda OKB' nin yaşam boyu yaygınlığı %0, 5-1 arasındadır. OKB olan erişkin hastaların 1/3-1/2 kadarında belirtilerin çocukluk döneminde başladığı bildirilmektedir. OKB'nin hem çocuklarda ve hem de erişkinlerde ailesel kümelenme eğilimi gösterdiği bilinse de, OKB ile ilişkili özgül genetik faktörler ve aileye özgü davranışsal risk faktörleri yeterince bilinmemektedir (18).

OKB çocukluk çağıında (10-11 yaş) ve ergenliğin sonundan erişkinliğe geçerken (19-23 yaş) olmak üzere iki kez pik yapar. Bilinen en erken yaş iki yaş olmasına rağmen altı yaşından önce görülmesi nadirdir. On iki yaşından önce başlayan OKB olgularının incelendiği bir çalışmada erkeklerde düzen/simetri kızlarda bulaşma/yıkama en sık rastlanan belirtilerdir. 3-9 yaş ve 10-18 yaş OKB gruplarının karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB şiddeti açısından gruplar arasında bir fark bulunamamıştır (19).

Erişkin yaş gruplarında yapılan çalışmalarda cinsiyetler arasında fark bulunamazken çocuklarla yapılan çalışmalarda ise erkek çocuklarında OKB' nin daha sık olduğu bildirilmektedir. Çocukluk Çağı OKB ile yetişkin OKB benzerlik gösterse de ancak önemli farklılıkları da vardır. Çocuklar kendi belirtilerinin doğasını anlamakta erişkinler gibi farkındalıkları yoktur. Çocuklarda obsesyon ve kompulsiyonlar çok geniş bir çeşitlilikte olabilir, bu da hastanın erişkinlikteki klinik görünümünü yansıttığı düşünülür. Çocuklarda obsesyonsuz kompulsiyon daha çoktur. Ülkemizde çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmaya göre olguların %39,2'sinde obsesyon ve kompulsiyonların birlikte görüldüğü %8' inde sadece obsesyonların olduğu ve %52'sinde sadece kompulsiyonların olduğu bildirilmiştir. Scahill ve arkadaşları (2003) çocuklarda en sık görülen obsesyonların bulaşma ve zarar görme, en sık kompulsiyonların ise yıkama ve zarar görmekten korunma ritüelleri olduğunu bildirmişlerdir (20).

Çocuk ve ergenlerde OKB'a eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar arasında duygulanım, anksiyete, dikkat eksikliği ve öğrenme güçlüğü, tik bozuklukları en sık olanlarıdır. Çeşitli çalışmalarda %60-80 arasında değişen komorbidite oranları vardır. OKB olan çocukların ailelerinin

kendiliğinden zamanla geçecek diye çocuğun törensel davranışlara katılması tanı ve tedaviyi geciktirmektedir.

3. OKB VE NÖROTRANSMİTTERLERİN İLİŞKİSİ

a. Serotonin

OKB tedavisinde kullanılan birçok ilaç içinde sadece güçlü serotonin geri alım inhibitörlerinin etkili olması, OKB'nin patofizyolojisinde serotoninin rolü olduğunu düşündürmektedir. OKB'de kısmi yanıt yaygındır ve hastaların %40'dan fazlası SSRI'a iyi yanıt vermemektedir. Fakat tek başına serotonin hipotezi, OKB'yi bütünüyle izah etmek için basit kalmaktadır (26).

Çalışmalar, OKB'de antiobsesyonel etkinin serotonin reseptör blokajıyla ilişkili olduğunu ve tedaviye cevabın 5-HIAA (5 hidroksiindolasetik asit) değerlerinin azalmasıyla birlikte azaldığını bildirmiştir. Çeşitli nöroendokrin çalışmalarda ise 5-HT₁ reseptörlerinin OKB'de değişikliğe uğradığı ve 5-HT_{2c} reseptörlerinde de aynı değişikliklerin olabileceği ileri sürülmüştür. Bir trazodon metaboliti ve bir serotonin reseptör agonisti olan meta-klorofenilpiperazin (m-CPP) oral yolla verildiğinde sağlıklı kişilerde herhangi bir değişiklik yapmazken, OKB'li hastalarda semptomları ağırlaştırmaktadır. Bir 5-HT_{1A} reseptör ligandı olan ipsapiron ve MK-212 gibi başka serotonin agonistleri ile benzer sonuçlar elde edilememiştir. Bu çalışmalar nedeniyle 5-HT subreseptörlerinin OKB etyolojisindeki yerlerinin sorgulanmaya başlanmıştır. Bir çalışmada, 5-HT_{1A} reseptörünün OKB oluşumundaki etkisinin az olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca bazı farmakolojik ve görüntüleme çalışmaları da 5-HT_{1D} terminal otoreseptörünün önemini vurgulamaktadır (26).

OKB ile ilgili hayvan modellerinde 5-HT_{2c} reseptörleri silinmiş fare deneylerinde kompulsif davranışların oluştuğunu gözlenmiştir. Bu gözlemi destekleyen başka bir bulgu da Tsaltas ve ark. davranışsal bir model kullanarak kompulsiyonların altında yatan düzeneğin 5HT_{2c}, reseptörleri olduğunu bildirmeleridir (31).

Serotoninin OKB etyolojisindeki rolü önemli olmakla birlikte, tek başına özgül serotonerjik bir anomalinin OKB'ye neden olacağını ileri sürmek mümkün değildir.

b. Dopamin

Bazal gangliyon normal işlevlerinde dopaminin görev aldığı bilinmektedir. Bazal gangliyon patolojilerinde obsesif kompulsif belirtilerin artması, dopaminin de OKB etyolojisinde rol oynadığını düşündürmektedir. Pedala basma hayvan deneylerinde, Serotonin geri alım inhibitörleri yanında D₁ reseptör antagonisti verilmesi kompulsiyonda azalmaya neden olmaktadır. Bir başka hayvan deneyinde, kronik biçimde D₂/D₃ reseptör agonisti Kuinpirol uygulamasının, kontrol kompulsiyonlara benzer davranışlara neden olduğu gözlenmiştir. Kuinpirol uygulaması kesildiğinde kobaylar, normal davranışlarına dönmektedir. Bu hayvanların postmortem incelenmesi sonucunda nükleus akumbens ve sağ prefrontal kortekste dopaminerjik doku kitlesinin arttığı gözlenmiştir. Bu çalışmalar, OKB'de D₁ ve D₂ reseptörleri başta olmak üzere dopaminin de işe karıştığını düşündürmektedir (32).

Antipsikotik ilaçlar SSRI'lar ile kombine kullanıldıklarında bazı hastalarda tedavi yanıtını arttırmaktadır. Yaptığı bir çalışmada dirençli OKB olgularında tedaviye amisülpirid eklenmesiyle hastaların %95'inde düzelme olduğunu bildirmiştir. Antipsikotiklerin bu etkisi alışılmış dozlardan daha düşük dozlar kullanıldığında ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni, presinaptik reseptörleri bloke etmelerine yani dopaminerjik aktiviteyi arttırmalarına bağlı gibi görünmektedir (4). 5-HT_{2A} antagonizması, dopamin nöronlarında ateşleme hızını artırarak obsesif kompulsif belirtileri kötüleştiriyorken; D₂ reseptör antagonizması ile dopaminerjik nöronların inhibisyo-

nu obsesif kompulsif belirtilerini azaltıyor olabilir. Tüm bu çalışma ve veriler OKB belirtilerinde artmış dopamin nörotransmisyonu olabileceğini düşündürmektedir (33).

c. Glutamat

OKB'de glutamaterjik sistemin işe karıştığına dair birçok kanıt vardır. Glutamaterjik NMDA reseptör 2B alt ünitesi-NR2B-geni olan GRIN2B ile OKB arasında bir ilişki saptanmıştır. Beynin farklı alanlarında glutamaterjik uyarımın artırıldığı hayvan deneylerinde OKB benzeri davranışlar ortaya çıkmıştır. Manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) değerlendirmelerinde striatal glutamat konsantrasyonunun arttığı ve serotonerjik ilaçlarla bu artışın normale döndüğü gözlenmiştir (33).

OKB'de serotonin-glutamat etkileşiminin anormal olduğu hipotezi de ileri sürülmüştür. Kortikostriatal glutamatın, kaudat çekirdekte serotonin salınışını azalttığı ve serotonerjik nöronların glutamaterjik uyarımda rol aldığı bilinmektedir (21).

Yaptığı bir çalışmada 11 pediatrik OKB hastası, eşleştirilmiş kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. İki grup arasında glutamat konsantrasyonu bakımından oksipital kortekste bir fark bulunmazken, kaudat çekirdek glutamat konsantrasyonunun kontrollere göre arttığı ve 12 haftalık paroksetin tedavisi ile düştüğü gözlenmiştir. Kaudat bölgede glutamat konsantrasyonundaki azalma ile obsesif kompulsif belirti şiddetindeki azalma arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (34).

d. OKB'nin psikoanalitik kuramı

Psikoanalitik görüşe göre obsesyonlar, bastırılmış dürtülerin türevleridir. Obsesif kompulsif kişilik, anal özellikler taşıyor ve anal dönemde saplanma (fiksasyon) özellikleri gösterir. Freud'a göre bu kişiler anksiyete yaratan çözülmemiş ödipal isteklerine bağlı bir çatışma içine girince, yaşadıkları anksiyeteden kurtulmak için psikoseksüel gelişimin anal dönemine gerilerler (regrese olurlar). Bu dönemin özellikleri: cimrilik, aşırı düzenlilik, aşırı titizlik, inatçılık ve kararsızlıktır. Anal dönemin önemli bir özelliği biseksüalitedir. Bu biseksüalite ambivalansı (iki değerlilik) da beraberinde getirir. Ayrıca anal dönemdeki temel tutma-bırakma davranış biçimi de ambivalans gelişiminde önemlidir. Fallik dönemde sevgi ve düşmanlık duyguları uygun bir biçimde kaynaştırılmıştır. Regresyon, bu kaynaşmanın çözülmesine neden olur böylece kişi aynı nesneye karşı hem sevgi de düşmanlık besleyebilir. Diğer nevrotik bozukluklarda olduğu gibi ego kontrolü, kısmen yetersiz hale gelmiştir (34).

Regresyon sadece egoyu değil süperegoyu da etkileyerek süperegoyu daha katı ve daha ilkel hale getirir. Düşüncede regresyon sözcüklere omnipotans kazandırır ve büyüsel düşünce egemen olur. Kişi, fiziksel bir eylem olmaksızın sadece düşünceyle veya sözcüklerle gerçeğin değişeceğini düşünebilir. OKB gelişiminde tuvalet eğitiminin önemli rolü olduğu inancı da zaman içinde sorgulanmaya ve kabul görmemeye başlamıştır (31).

Saldırgan ve cinsel dürtülerle baş edebilmek için temelde üç savunma düzeneği kullanılır. Bunlar yalıtma (izolasyon), yapma-bozma (doing-undoing) ve karşıt tepki kurmadır (reaksiyon formasyon). Yalıtma yoluyla dürtünün duygusal bileşiminden ayrılması ve sadece düşünce içeriği ile bilinç düzeyinde tutulması söz konusudur. Yapma-bozma ise gerçekten yapılmış veya yapıldığı varsayılmış eylemin, doğuracağı kötü sonuçları önlemek için tam tersi eylemle ortadan kaldırılmasıdır. Kompulsif nitelik taşıyan eylemin, ikinci bir eylem yoluyla iptal edilmesi ve bu tür eylemler yoluyla kişinin egoyu tehdit eden, korkutucu obsesif düşüncelerden kurtulması söz konusudur. Karşıt tepki oluşturması ise kişinin asıl dürtülerinin tam tersi davranış örnekleri geliştirmesidir. Kirlilik dürtülerine karşı bilinç dışı alanda bu dürtüler varlıklarını sürdü-

rürken bilinç düzeyinde kişinin aşırı temiz olmaya yönelmesi, kirlenme obsesyonları ile sonucunda gelişen temizlenmeye yönelik kompulsif eylemler gelişebilmektedir (32).

e. Bilişsel ve davranışçı kuram

OKB, önde gelen davranışçı modele göre, temelde korkutucu olmayan ve herkesin aklına gelebilecek düşünceler (örn. mikrop kapma, hastalanma gibi) koşullanma yoluyla bireyde anksiyete ile ilişkilendirilmekte ve huzursuz edici özellik kazanmaktadır. Bundan sonra birey bu düşünceler nedeniyle anksiyete yaşamakta ve kaçma-kaçınma davranışları göstermektedir. Obsesyonlar öğrenilmiş edimlerdir, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi nötralize etmek için öğrenilmiş ve pekiştirilmiş davranış bütünüdür (22).

Kompulsif davranışlar sonrasında anksiyetede azalma gözleendiği için bu davranış örüntüsü pekişir ve uzun bir dönem içerisinde obsesyonları oluşturan uyarıların var olduğu durum ya da koşullardan kaçınmalar yolu ile agorofobide olduğu gibi anksiyeteden kaçınma gözlenir. Bu modele göre kompulsiyonların anksiyeteyi azaltması obsesyonların sürmesine neden olur ve obsesyonel düşüncelere maruz kalmayı engelleyerek alıştırmayı (habitüasyon) engeller. Bu durum da obsesif-kompulsif davranış örüntüsünün devamına yol açar. Kişi, belli bir eylemin anksiyeteyi azalttığını keşfeder ve bu eylemi yineler durur. Yani bir hastalık belirtisi olarak obsesyonlar, başlangıçta niceliksel olarak daha az şiddette yaşanan intruziv düşüncelerin devamı sonucunda, zamanla bu düşüncelere kişiler tarafından aşırı ya da ayrı bir anlam yüklenilmesi ve bunların tiksindirici, tehlikeli ve ahlaka aykırı bulunmaları sonucunda ortaya çıkmaktadır (22).

4. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUKLARIN YAŞAMA ETKİSİ

Latince’de “obsidere” kelimesinden gelen ve anlamı, dört bir yandan başına üşüşmek, rahat vermemek, kuşatmak olan, irade dışı ve bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı (ego distonik), bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı bir yineleyen düşünce diye ifade edebileceğimiz obsesyonlar ve bunlara eşlik eden tekrarlayıcı, sabit ve amaca yönelik davranışlar olarak nitelendirilen kompulsiyonların yaygın olarak görülen bir takım özellikleri vardır. Bunlardan en belirgin olanları şunlardır: (35).

1. Bir düşünce ya da dürtü, kişinin bilincine tekrarlayıcı şekilde, zorla girer. Keyif verici değildirler.
2. Bu duruma endişe ya da korku hissi eşlik eder ve kişiyi düşünce ya da dürtüye karşı tedbir almaya iter. Bilinçli bir şekilde yerine getirilmek zorundadırlar.
3. Obsesyon ya da kompulsiyonlar kişinin zihnine dışarıdan geliyormuş izlenimi verir yani egoya (Kişinin benliğine) yabancıdırlar.
4. Obsesyon ya da kompulsiyonları kişi acayip, saçma, mantıksız ve gerçek dışı olarak algılar.
5. Obsesyon ve kompulsiyonlardan yakınan kişi genellikle onlara direnmeye güçlü bir arzu duyar, direnme çabası içerisinde, ancak karşı koymak rahatsız edicidir.

Obsesyonlar bir kişinin anksiyetesini artırır ve kişi anksiyeteden kurtulmak için kompulsiyonlara (tekrarlayıcı hareketlere) yönelir. Bu durumda kişi kompulsiyonları uygulamaya direnç gösterirse, anksiyetesi daha da artar. OKB’u olan bir şahıs genellikle, obsesyonların irrasyonelliğini bilir ve kendine yabancı olduğunu hisseder (35).

Obsesyonlar zaman alıcı olabilirler ve şahsın alışılmış sosyal aktivitelerini, arkadaş ve aile ilişkilerini, normal rutin işlerine belirgin bir şekilde müdahale eder, karıştırır. Kişinin yaşam kalite-

sini bozucu bir yapıya sahiptirler. Hastaların büyük bir kısmı hastalıkları ile ilgili bir içgörüyü sahiptir (27).

Benzer şekilde kompulsif ısrarların da kişi açısından karakteristik birtakım özellikleri mevcuttur. Bunlar: (16).

1. Kişi kendini eyleme götüren nedenlerle kuşatılmış durumdadır.
2. Kişiyi harekete geçmeye zorlarlar, zorlayıcı bir nitelik taşırlar.
3. Kişi eylemlerin saçma olduğunu bilir.
4. Obsesyonlara (saplantı ve takıntılara) bağlıdırlar. Ve benliğe tümüyle yabancıdırlar.
5. Eyleme kalkışmadan önce kişi büyük bir direnç gösterse de sonunda yenilip teslim olur.

OKB'li hasta obsesyonunu ortaya çıkaran uyarıcılardan değişik yollarla kaçınarak daha düşük sayıda obsesyon ve anksiyete yaşar. Bu nedenle de obsesyonla yüzleşmesi engellenmiştir (16).

5. OBSESİF-KOMPULSİF KİŞİLİKTE GÖRÜLEN TEMEL ÖZELLİKLER

Obsesif-Kompulsif kişiliğe sahip kişilerde görülen bir takım temel özellikler vardır. Bu özellikleri şu şekilde sıralamak mümkündür: Cimrilik, inatçılık, aşırı düzenlilik, kuşkuçuluk ve aşırı titizliktir. Denetlemekten zevk alırlar. Dikbaşı, çıkarıcı, karıştıracı, tutuk, biriktirici, soğuk, pısrık ve teferruatçılardır. Kişiler arası ilişkileri esneklikten yoksundur. Aşırı ciddi, iradesiz ve mükemmeliyetçidirler. Ayrıca biriktiricilik, ihtiyatlılık ve meraklılık gibi özellikleri de vardır. Kendilerini bir işe ya da okumaya yönelmezler. Sorumluluktan kaçınırlar, karar vermede güçlük çekerler. Sık sık kaygı nöbetleri geçirirler, çabuk kızarlar, davranışlarında çifte standart görülür. Örneğin; başkalarını kıyasıya eleştirirler fakat kendileri eleştirilince tepki gösterirler (16).

Son derece dürüst, çekingen, heyecanlı ve ilkelerine aşırı bağlıdırlar. Tutucu oldukları için değişimleri sevmeyizler. Üstlerine karşı aşırı itaatkar, aslarına karşı ise acımasızdırlar (Sado-Mazohistdirler). Bazılarında yorgunluk, bitkinlik, uykusuzluk görülür. Son derece evhamlı ve titizdirler. Yalnızlığı severler. Kendilerine güvenleri yoktur, istemedikleri bir şeye hayır diyemezler. Davranışlarında rahat değillerdir. Gevşemekte güçlük çekerler. Duygusal soyutlanma olduğu için hiçbir şeyi sevmeyizler. Girişim eksikliği vardır. Kullandıkları savunma mekanizmaları, tepki oluşturma, soyutlama, yapma bozma ve yer değiştirmedir. Temizliğe çok aşırı eğilimlidirler. Tepki oluşturma mekanizmasını kullandıkları için bu belirtilerin kimi hallerde karşılıkları da görülebilir. Örneğin dış giysileri temiz ancak iç giysileri pis olabilir. İki ruhlu kişiler olarak algılanırlar. Aşırı otoriter, ısrarcı ve bürokrasinin savunucusu olurlar. Aşırı duyarlı idealist ve görevlerine çok bağlıdırlar. Bu kişilerin yüz ifadeleri cansız, gergin ve katıdır. Kavga ve tartışmadan kaçarlar. Her şeye kolayca baş eğerler. Hayal gücü zayıftır. Mantıklı ve sistemli düşünmeye çalışır. Kendilerini yıpratırcasına çalışabilirler. Tatil günlerinde kaygı krizleri geçirebilirler (Hafta sonu nevrozu belirtisidir). Ahlak ve dine aşırı bağlıdırlar. Yakın çevrelerini hem sever hem nefret ederler (ambivalence). Nesnelere sınıflandırmaktan, şematize etmekten hoşlanırlar (Bir obsesif, çoraplarını karışmasını diye numaralandırmıştır (10).

Saplantılı düşünce (obsesyon) ve eylemler (kompulsiyon) kişinin zihnini kuşatmıştır. Bunları bastırır ya da bilmezden gelir. Ancak bu düşüncelerin kendi zihninin ürünü olduğunu bilir (27).

Obsesif-kompulsif bozukluklar, sıklıkla beraberlerinde depresyon geliştirirler (Belirli bir anda %30 -40, hayat boyu ise % 50 -60, bazı verilere göre ise % 70 oranında depresyon gelişir). Obsesif kompulsif bozukluklarla beraber % 50'ye yakın oranda kişilik bozuklukları da görülür. Bunlar sadece obsesif kompulsif kişilik bozuklukları olmayıp; korku, bağımlı, pasif-agresif,

seyrek olarak histrionik ve borderline kişilik bozuklukları görülür. Obsesif kompulsif bozukluğu olanlar her şeyden önce korku ve çekingenlik özellikleri gösterirler. Kendilerine olan güven duygusunun azlığı, sosyal tanınma ve kabul ihtiyaçlarının çok belirgin bir şekilde kendini göstermesine neden olur. Yalnız kalma ve terk edilme korkuları nedeniyle kişisel ihtiyaçlarını, diğer sosyal ihtiyaçlarının gerisine alarak, verici bir davranış içine girerler (11).

6. TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Tedaviler her seferinde etkili değildir. Yirminci yüzyılda, bilimsel araştırmacılar, kronik hastalıklardan korunmada hastalarına başarı sağlamadı. Birçok ülkede, İkinci Dünya Savaşı döneminde, insanların sayısı depresyondan ve nüfustan dolayı artmış ve bu durum bu ülkelere maddi sıkıntı getirdi. İkinci Dünya Savaşı sırasında, ordudaki zihinsel sağlık hizmetlerinde birçok araştırmacı akıl sağlığı sorunlarının tedavi edebileceğini düşünmeye başladı (39,40).

Tedaviler, farmakolojik ve psikososyal olmak üzere iki ana kategoride toplanabilir. Bunların kombinasyonunun yanı sıra nimmiodal terapi, bazen bu ikisinden etkili olabilir (33,41).

Uzun yıllar boyunca OKB tedaviye dirençli bir hastalık olarak düşünülüyordu. Fakat son yıllarda davranışçı yöntemlerin ve psikofarmakolojideki önemli gelişmelerin olması sebebiyle bu düşünce değişmiştir (20,42).

OKB' nin semptomları psikodinamik terapi ve psikanalize çok fazla dirençli olduğu içindir ki tedavide farmakolojik ve davranışçı tedaviler daha çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan kontrollü çalışmalara göre farmokoterapinin, davranışçı tedavinin veya bu ikisinin birlikte kullanılmasının OKB semptomlarını önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir. Çalışmalarda Bilişsel davranışçı terapinin en az ilaçlar kadar etkili olduğu ve özellikle hafif-orta şiddetteki vakalarda olmak üzere birçok hastada ilk tercih olması gerektiği bildirilmektedir (23,42).

OKB' nin etiyojisine bakıldığında biyolojik faktörler daha ön planda olmasına rağmen OKB tedavisinde farmakolojik yöntemler kadar davranışsal yöntemlerde başarıyla kullanılan bir yöntemdir. Tedavi seçeneklerinde ilaçlı tedavi mi yoksa davranış terapisi mi ya da kombine bir metod mu kullanılacağı hastanın özelliklerine göre belirlenip uygulanır (29,42).

a. Davranışçı Terapi

Aslında herkesin aklına gelebilecek korkutucu olmayan düşünceler OKB' si olan kişide koşullanma yoluyla anksiyete ile ilişkilendirilmekte bu nedenle rahatsız edici özellikler kazanmaktadır (klasik koşullanma). Aklına gelen ve anksiyete oluşturan bu tür düşüncelerden kurtulmak için birey korunmak için kaçınma davranışı sergilemektedir. Bu kaçınma davranışı anksiyeteyi azalttığı için bir tür pekiştirici rolü oynamaktadır (edimsel koşullanma). Obsesyonel düşünceden kaynaklanan ve koşullanma yoluyla oluşan emosyonel durum arasında oluşan bağlantının söndürülebilmesi için hastanın düşüncelerden kaçmaması ya da bu düşünceleri nötralize etmek için çeşitli ritüelleri yapmaması gerekir (25).

Farmakoterapiye bir alternatif olarak maruz kalma ve tepki önlemeyi (Exposure and response prevention-ERP) içeren davranışçı tedaviler OKB' nin psikolojik tedavisinde uzun yıllardır kullanılmaktadır. Bu konuda ilk çalışmalar Victor Meyer (1966) tarafından yapılmıştır ve 40 yılı aşkın süredir bu tedavi OKB' de başarıyla kullanılmaktadır. ERP' nin OKB' de etkin bir tedavi olduğunu gösteren çok sayıda kontrollü çalışma vardır. Foa ve Kozak (1996) 12 ERP çalışması ve yaklaşık 330 hastayı içeren bir incelemede OKB' si olan hastaların %83' ünün bu tedaviye cevap verdiklerini saptamıştır. Ayrıca hastaların %76 (16 çalışmada 376 hasta)' sının gördükleri fayda tedavi bitiminden ortalama 2-4 yıllık izlemde devam etmiştir. ERP' nin OKB hastaları üzerinde bu kadar başarılı olmasına rağmen ERP' nin OKB' nin tüm semptomlarını iyileştirmede

tek başına yeterli olmadığına dair birçok yayın da vardır. Alıştırma (exposure) ve tepki önlenmesinin (response prevention) birlikteliğinin OKB de en etkili yöntem olarak kullanıldığı kabul edilmektedir (27).

Bu tedavide amaç hastanın belirli programlar dahilinde anksiyeteye sebep olan ve kişinin kompulsiyonlarını arttıran durumların üzerine gitmesi sağlanarak kompulsiyonları önlenmesi sağlanmaktadır. Kompulsiyonların etkin bir biçimde durdurulması ya da önlenmesiyle hastaların en korktukları durumlarla karşı karşıya kalmaları başlangıçtaki sıkıntı ve korkunun alışmayla giderek azalması sağlanmaktadır. Davranış tedavisi için hastanın etkilendiği kendi evi gibi belli ortamlarda tedavinin uygulanması gerekebilir (14).

b. Bilişsel Terapi

Bu kuramı geliştiren Salkovskis (1998) genel popülasyonun yaklaşık %90' nın klinik obsesyonlara benzer içerikte zihni işgal eden düşünceler deneyimlediklerini araştırmalarında belirtmişlerdir. Normal düşüncüyü obsesyonlardan ayıran düşüncenin içeriği değil düşünceye yüklenen yorumdur. Salkovskis' e göre zihni işgal eden düşünceler kişinin kendisine veya başkasına zarar verebileceği şeklinde yorumlandığında ve bu zararı önlemekte sorumlu olduğunun algılanarak yorumlandığı durumlarda problem ortaya çıkmaktadır (17).

Hatalı inançların değiştirilerek yeniden uyarlanması şeklinde yapılır. OKB' li hastalar tehlikenin oluşma ihtimalini ve tehlikenin sonuçlarını, sorumluluk düzeylerini ve sorumluluklarının sonucunu abartılı algılarlar. Bu hatalı düşünceler sonucu anksiyete oluşur ve birey anksiyeteden kaçınmak için kompulsif davranışlar sergiler (14).

Bu tedavide en önemli olan basamak, hastanın kendi düşüncelerini daha az tehdit edici şekilde açıklayabileceği yeni yorumlar getirebilmesidir. Hastanın gerçek bir risk varmış gibi algıladığı durumun aslında sadece kendi öznel değerlendirmesi sonucu ortaya çıktığını vurgulamak gerekir. Hasta düşündüğü şeylerin olma ihtimalinin çok yüksek olduğunu düşünebilir. Hastaya belirli şeyleri düşününce gerçek yaşamda bunların olup olmama şansının ne olduğuna yönelik ispat için test edilmesi yönünde cesaret verilir (39).

Tedavide bilişsel hataların belirlenmesi ve daha sonra işlevsel olmayan bu düşüncelerin yerine yaşanan durumla daha gerçekçi düşüncelerle değiştirilmesi öğretilir. Buradaki amaç daha olumlu düşünmeyi sağlamak değil, daha az tehdit edici ve daha gerçekçi düşüncelerin gelişmesini sağlamaktır (14).

c. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Davranışsal terapi, davranış modellenmesi gibi öğrenme sonucunda davranış değişikliği veya frekans davranışında azalma gibi sonuçları sağlamaktır. Psikoterapide klinik uygulamalar ve gözlemler, etkili sonuçların, bilişsel davranışçı yöntemlerin bir kombinasyonunun kullanıldığını ortaya koyduğunu göstermektedir (39).

Negatif ve pozitif kuvvet nedeniyle, davranış terapistleri için çevresel faktörler çok belirgindir. Bu nedenle, bireysel yolların ihtiyaçları için, şekillendirme ortamı davranış terapisi için önemlidir (39).

BDT bazen hüznün ve kaygı gibi hastalıkların tedavisi için yararlı bir araç olabilir. Ancak bilişsel davranışçı terapi, tüm hastalarda pozitif sonuçlar vermez. Stresli kişilerin stresle baş etmeyi öğrenmesine yardımcı olabilir ve etkili bir araç olabilir. Davranış terapistleri, öğrenme stratejileri kullanarak hastaya yeni davranışlar öğretebilir ve istenmeyen davranışlardan uzak kalma-

nın yollarını öğretebilir. BDT, hastalara yönelik zararları en aza indirmek için yeni davranışlar öğretir (39).

OKB' de davranışçı terapi çok etkili bir yöntemdir. Tedavinin iki temel bileşeni obsesyonlarla ilişkili görülen anksiyeteyi azaltmaya yönelik maruz bırakma (exposure) ve obsesyonel düşünce veya ritüellerin sıklığını azaltmak için yanıt önleme (response prevention)' dir (39).

Her iki tekniğin temelinde yatan belirti olarak karşımıza çıkan uyumsuz tepkilerin önlenerek söndürülmesi bunların yerine daha sağlıklı yeni davranışların kazandırılmasıdır. Önce anksiyete oluşturacak davranışlar uyarılır (exposure) daha sonra anksiyeteye tepki olarak ardından gelecek olan yanıtlar önlenir. BDT de uygulamalar terapist eşliğinde hastanın ev ödevleri şeklinde devam eder. Uygulamalar eğer terapist eşliğinde yapılırsa daha yararlıdır. BDT'nin bölümleri; hastalık hakkında bilgilendirme, bilişsel yeniden yapılandırma, beceri oluşturarak terapist kontrolünde uyarana maruz bırakma ve alıştırmaya, yanıt önleme, ev ödevleri vermedir. Çocukluk çağı başlangıçlı OKB'de BDT'nin etkinliğini ortaya koyan kontrollü çalışmalardan elde edilen veriler çok sınırlıdır. ABD'inde çocuk OKB olgularının tedavilerinde BDT ilaçla birlikte ya da tek başına ilk seçenek olarak bildirilmiştir. Davranışçı tedavinin en önemli yararının ritüelistik davranışlar üzerine olduğu açıklanmıştır. Çalışmalarda BDT' nin etkili olduğu ve özellikle hafif-orta şiddetteki vakalarda olmak üzere birçok hastada ilk tercih olması gerektiği bildirilmektedir (24).

Çocuk, ergen ve yetişkin OKB olgularında BDT etkin bir psikoterapotik tedavi yöntemidir. 10 hafta süren BDT uygulaması yapılan OKB hastası erişkinlerde bu on hafta sonunda PET ile sağ kaudat nükleus metabolizmasında azalma olduğu gösterilmiştir. Obsesyonlarından sıkıntı duyan ve bu durumdan kurtulmak için uğraşan, bulgularının ayrıntılı olarak farkına varabilen çocuklar bu tedaviye daha iyi yanıt verebilir. Çocuklara uygulanan BDT de yetişkinlerde olduğu gibi karşı karşıya bırakma (exposure) ve tepki önleme (response prevention) yöntemleri bir arada kullanılmaktadır. "Karşı karşıya bırakma yöntemi" anksiyete azalana dek kişiyi korkutan uyarana karşı karşıya bırakma esasına dayanır. Karşı karşıya kalmaların tekrarı sonucunda çocuğun yaşadığı anksiyete azalmakta ve son aşamada hedeflenen korku yaratan uyarana artık anksiyeteye neden olmamaktadır. Uygun bir şekilde yapılan karşı karşıya kalmada, kişinin ritüelleri engellemesi gerekmektedir. Buna "tepki önleme" denilmektedir. En az korkutan uyarandan başlanıp bir sıralama yapılarak sıra ile hedef bulgular ve derecelendirmesi yapılarak tedavi uygulanır. Gerçek ortamda yapılan ve daha uzun süren aynı zamanda terapistin eşlik ettiği alıştırmaların daha etkili olduğu bildirilmektedir. BDT ile başarı ile tedavi edilen çocukların iyilik durumlarının sürmesi için belirli aralıklarla BDT' nin tekrarlanması gerekir (33).

OKB' nin bilişsel davranışçı tedavisinde etkin bir tedavi hastalığın ve bunun bireyde yansımalarının tam olarak anlaşılmasıyla mümkündür. Tedavi planı her hastanın durumuna, hastalığın seyrine ve standart ölçümlerle elde edilen verilerden elde edilen değerlendirmelere göre hastaya ait formülasyon temel alınarak yapılmalıdır. Persons ve Davidson (2011)' a göre oluşturulan bu tedavi planı teorik olarak elde edilmiş olup deney ve gözlemlere dayalı tedavi stratejisine dayandırılmalıdır. Hastanın terapisi boyunca devam eden yeni veriler elde edildikçe formülasyonu dolayısıyla tedavi planını şekillendiren dinamik bir süreç değerlendirme olarak ele alınır. Terapi boyunca ele almak durumunda kaldığımız obsesyonel materyal, hastanın bireysel olarak uğraşları ve yaşantılarına özel olduğu için obsesyonel düşünce, imaj ve dürtülerin değerlendirmesi obsesyonun doğası gereği zor olabilir (34).

Karşı karşıya bırakmanın amacı bir "alışkanlık" yaratıp takıntılara ve eşlik eden rahatsızlığı ve kaygıyı azaltmaktır. Sinir sisteminin uzun süreli yineleyen uyarılara alışması veya sinir siste-

minin bunlardan sıkılması olan doğal sürece alışkanlık denir. Alışkanlıklar gerçek yaşam kaygıları ve törensel davranışları ortaya çıkartan durumlarla uzun süreli olarak karşı karşıya gelinerek sağlanır. Buna “yaşayarak” ya da “gerçek yaşamda karşı karşıya gelme” denir. Örneğin hasta kişiye boş bir çöp kovasına dokunması ve ardından kaygısını gidermek için her zaman yaptığı el yıkama davranışını yapmaması söylenir. Bu yapılan, alışkanlık sürecine göre tekrarlanan bu uygulamalardan sonra hasta korktuğu kötü sonuçların ortaya çıkmadığını, böylece başlangıçta eşlik eden kaygısının azaldığını görür. Karşı karşıya gelme uygulamaları bebek adımlarla aşama aşama yapılır. Örneğimizdeki çöp kovasına “güvenli” bir noktasına tek bir parmak ucuyla dokunulur. Daha sonra bütün bir parmakla alışkanlık oluşana dek dokunulur. Sonra sırayla birkaç parmak, elin ön yüzü daha sonra elin arka yüzüyle dokunulur. Her adımda korkuyla yüzleşilir. Belirli düzeyde anksiyete ortaya çıkar, daha sonra aşamalı bir şekilde belirli bir alışkanlığın doğal olarak oluşması sağlanmış olur. Bazen de korkulan ya da kaygı duyulan durum yeniden oluşturulmayabilir. Sözelimi sevdiği birini kaybetme korkusu ya da hastalanma korkusu belirli bir şekilde oluşturulabilecek durumlar değildir. Bu gibi durumlarda imgesel karşı karşıya gelme yöntemi kullanılır. Bu imgesel karşı karşıya gelme yönteminde de alışkanlık oluşana dek korkulan imge ya da durum ardı ardına uzun süre zihinde görselleştirilir (14).

OKB’ si olan 8 ile 14 yaş arasında 14 çocuk ve onların ana babalarına 14 hafta süreyle yapılan bilişsel davranışçı grup tedavisi sonunda belirtiler ve işlevsellikte belirgin düzelmeler sağlanmıştır. OKB’si olan 8 ile 19 yaş arasında 48 çocuk ve ergende bireysel ve grup bilişsel davranışçı aile terapisinin etkinliğini karşılaştırılan bir çalışmaya göre 12-18 aylık izlem sonucunda bireysel terapi alanların %70’ inin grup terapisi alanların %84’ ünün belirtisiz olduğu ortaya konmuş çocuk ve ergenlerdeki OKB’ nin tedavisinde bireysel terapi ve grup bilişsel-davranışçı aile terapisinin etkin yöntemler olduğu belirtilmiştir: Başka bir çalışmada 77 OKB’li çocuk ve ergende bireysel aile bazlı BDT’ nin etkinliği ve grup aile bazlı BDT etkinliği karşılaştırılmış, her iki yöntemde BDT tedavisinde birbirine üstünlüğü olmayan etkili yöntemler olduğu saptanmıştır (28).

d. Hümanist Terapi

Hümanist psikoloji, davranışçılık ve psikoanalitik teoriye yanıt olarak geliştirildi. Hümanistik terapi teorisinin felsefi kökleri, 19. Yüzyıl filozofu Soren Kierkegaard ile başladı. Hayata anlam ifade etmek için insani terapi ve bireylerin kendilerini anlamamıza yardımcı olması, kendimizi bütün bir kişi olarak görmemizi teşvik eder. Bu terapi şekli, tüm insanların doğuştan iyi bir hasta olduğuna inanmaktır. Psikoterapide, deneysel, hümanistik varoluşsal veya Gestalt terapisi olarak çeşitli şekillerde kullanılır. Bu terapiyi şekillendirmeye yardım etmek isteyen insanlarla günlük kişisel deneyimlerden kök bulmuştur. Hastaların kafasında artan bir farkındalık yaratmak için hümanistik tedavinin temel faydasıdır. Hastaların gerici tutumları yerine, kendilerini farkında tutan bir yaklaşımla gelişmeye yönlendirilirler. Tedavi sırasında hastalara iç iyilik bilinci konusunda yardım edilir. Bütün terapistler hastaya saygı göstermeli ve empati kurmalıdır. İnsancıl terapi, endişe, depresyon ve çeşitli bağımlılık türlerine yardımcı olabilir (39).

e. Psikanaliz ya da Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi

Freud obsesyonel nörozların tedavisinin analitik çalışmalarda zorluk ve ilginçliğinden söz etmiştir. Süreç içerisinde psikodinamik tedavilerin bu bozukluğun tedavisinde hastaların direnç gösterdikleri için kısıtlılığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca hastaların değişmeye ve değişikliklere karşı direnen katı bir kişilik yapısı olması da tedaviyi zorlaştıran nedenlerdendir. Ancak psikanalitik yönelimli terapiyle bu olgulara eşlik eden depresyon ve anksiyete semptomlarıyla başetmek, başetme becerilerini arttırmak, aile ilişkilerini düzenleme, arkadaş ilişkilerini ve kaçınmaları

azaltmak amacıyla dinamik oryantasyonlu terapisinin işlevsel ve etkin olduğu vurgulanmaktadır (36).

f. Psikofarmakoterapi

Çocuk ve ergenler için sınırlı sayıda ilaç olması nedeniyle çocukluk çağı OKB farmakoterapisi ile ilgili veriler erişkine göre daha sınırlı olmakla birlikte giderek artmaktadır (32).

OKB' li hastalara ilk basamak uygulanacak tedavi serotonin geri alım inhibitör (SGİ) ve BDT uygulamalarından oluşur (39).

Seçici serotonin geri alım İnhibitörleri (SSRI) grubu ilaçların (Fluoksetin, Sertralin, Sitalopram, Paroksetin, Fluvoksamin) OKB tedavisinde etkin olduğu bildirilmiştir. SSRI grubu ilaçların etkili dozları olarak genellikle depresyon tedavisi için kullanılan günlük dozdan fazlası kullanılır. Bu ilaçlardan antidepresan olarak da kullanılanların antiobsesyonel etkileri antidepresanlardan bağımsız daha uzun ve daha yüksek dozlarda olacak şekilde ortaya çıkmaktadır. SSRI grubu ilaçlardan yanıt alınamıyorsa dirençli OKB den söz edilir (35).

Klomipramin çocukluk çağı OKB' sinde FDA (Food and Drug Administration) onaylı bir trisiklik antidepresandır. Ayrıca yapılan klinik çalışmalarda SSRI grubu ilaçlardan daha iyi performansı olduğu görülen bir ilaçtır. Bazı uzmanlara göre yeterli miktarda klomipramin kullanıldıktan sonra dirençli OKB den söz edilebileceğini belirtmişlerdir. Üçüncü seçenek olarak SSRI' lara ve klomipramine cevap alınamayan olgularda venlafaksin, klonezapam ve MAOI' leri denenebilir. Şiddetli OKB için klonazepam kullanımı güçlendirme tedavisi olarak önerilmiştir (14, 43).

g. Prognoz

Pediyatrik OKB' nin gidişatını inceleyen çalışmalardan, Flament (1990) OKB tanısı alan olguların %93' ünü 2-7 yıl arayla inceleyerek %6' sının halen OKB tanısı aldığı ve komorbiditenin sıkça görüldüğünü bildirmiştir. Leonard (1993) ise 2-7 yıllık takiple SSRI ve BDT tedavileri kullanılan %43 olguların halen OKB tanısı aldığı, %11 semptom olmadığını belirtmiştir. Aynı bir takip çalışmasında yapılan değerlendirmede ise olguların %70' i halen ilaç kullanıyordu şeklindedir. Bu çalışmalardan ve diğer başka çalışmalardan anlaşılan OKB' nin kronik seyrini ciddi tedaviye rağmen tam remisyonunun sağlanamadığını göstermektedir (44,45,46).

h. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavi, ilaçların kullanımını, tek tek veya diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanılan bir sağlık stilini içermektedir (39,47).

Son yıllarda, psikiyatrik hastalık tedavisi için pazarlanan yeni ilaçlar geliştirilmiştir. Bu ilaçların çoğu nörobilim ve moleküler biyolojik araştırmalarla stoklanan depresyon ve şizofreni tedavisinde kullanılmaktadır. İlaçların kimyasal yapısını manipüle ederek makul bir ilaç tasarımı olarak bilinen bir prosedür sayesinde giderek sofistike hale geldi. Yeni ilaçların üretilmesi için yapılan bu çalışmaların amacı, zihinsel bozukluklar için daha düşük yan etki ve daha etkili tedaviler sağlamaktadır (39,48).

Depresyon için en önemli tıbbi tedavi antidepresan kullanımınıdır. Antidepresanlar, şiddetli veya orta şiddette depresyonun rehabilitasyonu için çok yararlı olabilir. Bazı anlarda, antidepresanlar, diğer tedavilerin başarısız olduğu veya hastalığın ciddiyetinden ötürü psikolojik tedavinin imkansız olduğu durumlarla etkilidir. Psikoz ve bipolar bozukluk gibi şiddetli depresyona giren insanlar genellikle ilaç tedavisi almak zorunda kalmaktadır. Bu ilaç, antipsikotik ilaçların, antidepresanların ve duyudurum düzenleyicilerinin bir veya birleşimini içerebilir (39,49).

Ticari olarak bulunabilen birçok farklı antidepresan türü vardır, ancak etkinlikleri hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Antidepressanlar etkilerini en az iki hafta sonra göstermeye başlar ve doktorlar doğru dozu ve en uygun kombinasyonu bulmak için ekstra zamana ihtiyaç duyarlar (39).

Yan etkilerin çoğu zamanla ve doz azaltılarak kaybolmaktadır. Hekimler sıklıkla beyindeki nörokimyasal maddenin miktarını artırmak için Selektif Serotonin Geri Alma İnhibitörleri (SSRI'ler) kullanır. Araştırmacılar, depresyon hastalarının beyinde serotonin düzeylerinin genellikle düşük olduğunu düşündüler. SSRI'lar, sinapslar arasında serotonin geri alımını engelleyerek etki gösterir. Serotonin, sinapslar arasında elektrik sinyallerini iletir (39).

SSRI'ların bazıları Paxil (Paroksetin), Zoloft (Sertraline), Fluvoksamin-Luvox, C-Celexa ve Lexapro (Escitalopram), Fluoksetin-Prozac içerir. Hastalar antidepresanlar kullanarak daha iyi hissede-bilirler ancak kişiliklerini değiştirmez veya sürekli mutlu olmazlar. Diğer ilaçlarla görüldüğü gibi, antidepresanların yan etkileri de olabilir. İlacın alınması ve hastaya bağlı olarak görülen en yaygın görülen yan etkiler baş ağrısı, baş dönmesi, kaygı, mide bulantısı, terleme, ajitasyon, ağız kuruluğu, kilo alımı ve cinsel bozuklulardır. Bu semptomlar hastadan hastaya değişiklik gösterir (39,50).

OKB hastalığı çoğu zaman tedaviye tam cevap vermemesine rağmen ilaç kullanımı ile hastalığa ait bazı belirtiler ve dürtüler kontrol altına alınabilmektedir (6).

OKB tedavisinde kırk yılı aşkın süredir seretonergic antidepresan veya antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır.

Tedavi amaçlı Food and Drug Administration (FDA)'nın onayladığı ve en yaygın kullanılan anti-depresanlar; Clomipramine (Anafranil), Fluvoxamine (Luvox CR), Fluoxetine (Prozac), Paroxetine (Paxil, Pexeva) ve Sertraline (Zoloft)'dir.

i. Elektroşok Tedavi

İlaç veya psikoterapi uygulayarak derin depresyonu olan hastaları tedavi etmek gerçekten zordur. Standart tedavi yöntemleriyle tedavi edilemeyen majör depresyon vakaları için Elektrokonvülsif Terapi gibi beyin stimülasyon teknikleri denenmelidir (36,51).

Elektrokonvülsif terapiden önce hastalar anesteziyeye tabi tutulur ve ayrıca spesifik miktarda nöromüsküler bloker verilir. Ardından elektrotlar, kontrollü elektrik akımı uygulamak için başın üzerinde önceden belirlenmiş yerlere yerleştirilir. Elektrik akımı beyin nöbetine yol açar. Tedaviden önce nöromüsküler bloker hastalara verilir, nöbet etkisi yalnızca yavaşça eller ve ayaklar sallamak gibi gözükür. Bir süre sonra hastalar anesteziden şaşkın olarak çıkarlar. Bu karışıklık bir süre sürer. EKT haftada 3 kez uygulanır ve tedavinin toplam süresi genelde 2-4 hafta sürer (39,52).

Farmakolojik tedaviden cevap alınamadığı durumlarda elektroşok tedavi ile genel anestezi altında mental bozukluk semptomlarına hızlıca müdahale edebilmek için kafatası yüzeyine yerleştirilen iki elektrot arasından kısa süreli akım geçirerek beyin kimyasında değişiklik hedeflenir. Bu metot daha ziyade depresyon hastalarına uygulanmıştır. Ancak günümüzde OKB hastaları için birkaç pilot çalışma gerçekleştirilmiştir (26).

j. Tekrarlamalı Transkranyal Manyetik Uyarım Tedavisi

Yan etkilerin en az olduğu beyin uyarılması tekniği TMS'dir, Bu tip terapide hasta, cihaz tarafından üretilen manyetik dalgaya maruz bırakılır (39).

Uygulama süresi genelde 30 ila 60 dakika arasında değişir ve doktorlar bu teknikte anestezi uygulamazlar. Elektromanyetik alan üreten bir bobin, ruh hali düzenlemesine dahil olduğu düşünülen alana karşı tutulur. Sonra, bobin kısa elektromanyetik darbeler üretirken, bu darbe sürekli olarak kafatasına ulaşır ve beyindeki sinir hücrelerini uyarır (39,53).

Göreceli olarak girişimsel sayılmayan bu yöntemde hastanın kafatası üzerinde tutulan bir manyetik alan üreticinin bobinlerinden elektrik akımı geçirilerek beyindeki özel bölgeler uyarılarak nöronların aktivite seviyelerinin değişimi hedeflenir. 30 yıl kadar önce ilk olarak depresyon hastalarına uygulanan bu yöntem OKB hastalarında çok başarılı sonuçlar vermemektedir (3,54).

k. Vagus Sinir Uyarım Tedavisi

Daha çok epilepsi ve dirençli depresyon tedavisinde olumlu cevap alınabilen vagus sinir uyarı tedavisinde, vücuda yerleştirilmiş bir osilatör aracılığı ile sol vagus siniri üzerinden beyine kontrollü uyarı akımları gönderilir. OKB hastaları üzerinde son yıllarda yapılan pilot çalışmalar vagus sinir uyarımının çözüm olmadığını rapor etmektedir (32,55).

l. Nörocerrahi Tedavisi

Nörocerrahi, spinal kord, periferik sinirler ve beyin hastalığı tedavisinde kullanılan cerrahi bir alandır. İlk kez psikiyatrik hastalık tedavisi vakaları, nöroşirurji başta olmak üzere Egas Moniz tarafından tasvir edilmiştir. Nöroşirürjileri teşvik ettiği 50'li yıllarda alternatif terapi bulunmamaktadır. O zaman, ön-frontal lökotomi bazı nörocerrahi merkezlerinde kullanılmıştır. Bununla birlikte ameliyat olmuş hastalarda kişilik değişiklikleri ve frontal lob bozuklukları görülebilir. İlk stereotaktik nöroşirurji, post-operatif yan etkileri 1947'de azaltıldı. O zamandan günümüze kadar birçok farklı sağlık merkezinde ön cingulotomi, kapsülötomisi, subkodez traktotomisi ve limbik lökotomi, singulotomi olarak birkaç stereotaktik teknik kullanıldı (39,56).

Son 20 yılda nöroşirürji, özellikle OKB gibi zihinsel rahatsızlıkların tedavisinde tekrar gündeme gelmiştir. Tedaviye yanıt vermeyen ve stereotaktik tekniğe yanıt vermeyen hastalarda özel önem verilerek yapılan nöroşirurji, komplikasyonları azaltmıştır. Ayrıca Gamma-Knife radyocerrahi gibi en yeni tekniklerin kullanılması ile kafatasının açılmadan tedavi olanağı geliştirilmiştir (39,56).

SPECT, PET ve fMRI gibi cihazlar yardımıyla özellikle dirençli OKB hastalarının Orbitofrontal korteks, Caudate nucleus, Anterior cingulate ve Amygdala bölgelerinden elde edilen fonksiyonel nörolojik görüntülerde ortaya çıkan metabolik düzensizlik bulguları, son yirmi yılda Nörocerrahi tedavi yönteminin önemini artırmaya başlamıştır.

Limbik sistemin hedef olarak alındığı OKB'nin psikocerrahi tedavisinde Subcaudate tractotomy, Anterior Cingulotomy, Limbic Leucotomy ve Anterior Capsulotomy olmak üzere dört ayrı yöntem kullanılmakta olup bunlarda radyasyon, termo-pihtılaştırma, dondurma veya kesme işlemlerinden birisi kullanılarak istenilen bölgede yer alan küçük hedefte lezyon oluşturularak hastalığa münhasır semptomları azaltmak veya ortadan kaldırmak hedeflenmektedir (39,57).

Subcaudate tractotomy tekniğinde limbic system ile frontal lob'un supra-orbital bölümü arasındaki bağlantı kesilmektedir. Anterior cingulotomy tekniğinde thalamic ve posterior frontal bölgeler arasında yer alan Cingulate Cortex'de lezyon oluşturulmaktadır. Limbic leucotomy tekniği subcaudate tractotomy ve anterior cingulotomy tekniklerinin kombinasyonunu içermektedir. Anterior capsulotomy tekniğinde ise orbitofrontal korteks ve thalamic nuclei arasındaki bağ koparılarak nöronal sinyal geçişi engellenmektedir (39,57).

m. Stereotaktik Radyocerrahi ile OKB Hastalarının Tedavisi

Radyocerrahi, hedef üzerindeki lezyonu tedavi etmek için invazif olmayan bir teknolojinin kullanılmasıdır. Bazı hastalarda standart açık cerrahiye alternatiftir. Bu oldukça yüksek ve odaklanmış radyasyon dozu, kısa bir süreyle aktarılır ve muhtemelen beyin çevreleyen yapılarına zararlı enerji önlenir. Radyocerrahi, bazı açılardan radyasyon terapisinden farklıdır. Düzenli dış radyoterapi yöntemleri kullanılarak, tümörler veya hedef hücre radyasyonun benzer kısmına iyileştirilir. Cerrahlar stereotaktik radyocerrahi sırasında bıçağı kullanmadan gerçekleştirilebilecek radyasyonu vermek için üç tür teknolojiyi kullanıyorlar. Bu teknolojilere Gamma bıçağı, Siber bıçak ve Proton giriş yüklü parçacık radyocerrahisi sadece birkaç araştırma merkezinde mevcuttur. Hepsine hastalar için ağrısız tedavi olanağı sağlayan robotik radyocerrahi makineleri teknolojisi vardır. Robotik cerrahi, hastanın pozisyonunun otomatik düzeltilmesini sağlar (39,58).

n. Gama Knife Uygulama Tekniği

Radyocerrahi ile OKB hastalarının tedavi sürecinde Gama knife sistemi beyinde internal kapsülde yer alan belirlenmiş özel hedefe kolimatör vasıtasıyla Cobalt-60 radyoaktif elementinden elde edilen yüksek enerjili 0, 003-0, 0003 nm dalgaboylarına sahip 201 adet radyasyon ışını gönderir. Bu ışınlar hedefteki hücrelerin DNA'larını tahrip ederken, başarılı bir operasyonda hedefi kuşatan dokulara hemen hemen hiç zarar vermezler. DNA yapıları bozulan hedef hücreler normal karakteristiklerini kaybederler ve ölürlürl (39,59).

Gamma Knife'ı kullanmadan önce, stereotaktik radyocerrahi prosedürleri Dr. Upsala Üniversitesi'nde Gamma Knife'in mucidi olan Lars Leksell tarafından oluşturulmuştur (39).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), insanların tekrar eden, istenmeyen düşünceleri, fikirleri veya sansasyonları (takıntıları) yineleyici bir şekilde yapmaya (zorlayıcı davranışlar) yönlendirdikleri bir kaygı bozukluğudur. El yıkama, eşyaları kontrol etme veya temizleme gibi tekrar eden davranışlar, bir kişinin günlük faaliyetleri ve sosyal etkileşimlerine önemli ölçüde müdahale edebilir. Nörolojik öncelik, retrospektif nedenler, travmanın türü, konusu ve spesifik OKB'ye yönelik daha kapsamlı inceleme yapılması zorunludur.

Maruz kalma ve yanıt / ritüel önlemede tedaviler, büyük oranda bilimsel teori modellerinden alınan bilgilerle formüle edilmiştir. Teoriyi öğrenirken kilit nokta, uyarı ve tepkinin bir alışkanlık haline gelmesidir. Davranış teorisinin yaratılmasında sağlanan bilgi derinliği muazzam bir öğrenme kuramıdır. OKB'den muzdarip kişilerin çoğunluğu, bu gibi davranışsal müdahalelerden ömür boyu yararlanmaktadır.

OKB tedavisinin başarı oranı ise hastaların yaklaşık %90'ında başlangıç iyileşmesi gösterdiği ve %70-80'inin 1 yıllık izlem için sürdürülmesi gerektiği ortaya çıkmıştır.

Davranış terapisinde hasta, uyarıcı olarak obsesyon korkularına maruz bırakılır ve tepkinin önlenmesi sağlanır. İkinci olarak hasta korkulan cisimle temasa geçer, kompulsif davranışın engellenmesi sağlanır. Örneğin, hasta çöp kutularına (uyarana maruz kalma) dokunundu, ancak kontaminantla temastan sonra el yıkamakta ihtiyacı duymuyor (tepki önleme). Terapinin amacı, hasta tarafından korkuya cevap verme ihtiyacı ortadan kalkıncaya kadar, hastalar korkulan nesneye maruz kalmaya devam eder. Saplantılar, korku ve kompulsiyonlar tepkiler oluşturduğundan bu terapinin etkili olduğu düşünülmektedir. OKB tedavisinin başarısı için obsesif ve kompulsif belirtileri destekleyen korku / tepki şemaları hedeflenmelidir (57).

OKB tedavisi için davranışsal ve farmakolojik terapide kaydedilen ilerlemelere rağmen tedavinin onlar için yetersiz olduğu birçok hasta var. Bu nedenle nöroşürji uygulaması yapılmaktadır. Bu yöntemin gerçekleştirilmesinden önce de farklı özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. OKB tedavisi için davranışsal ve farmakolojik terapide kaydedilen ilerlemelere rağmen tedavinin onlar için yetersiz olduğu hastaların olması sebebi ile nöroşürji uygulaması yapılmaktadır (40). Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabına göre hastanın rahatsız edici uyarılara bilinçli olarak alışkanlık kazanıncaya kadar maruz bırakıldığı günlük tedaviler uygulanmalı ve cevap/ritüel oluşumunun kesin olarak engellenmesi gerekir.

Hastalıklı hücrenin radyo frekansı kullanılarak uyarıldığı genel yöntem ek olarak, radyocerrahi gibi diğer daha küçük bölgeye penetre olan yöntemler tedavinin riskini azaltıcı eğilimdedir. Yakın gelecekte, doktorlar, OKB nin nörobiyolojik alt tabakası hakkında çok fazla bilgiye sahip olacak ve bu yöntemlerin gelişmesiyle yan etkilerin daha az görülebileceği, gittikçe kesin hedeflerin bulunmasını beklemek mümkün olabilecektir (58).

Bütün bunlara ilerlemelere rağmen bazı metodolojik sorunlar bulunmaktadır. Hastaların psikotropik ilaç kullanma veya kullanmama, ek tanı durumları varlığı veya olmaması ve bir kontrol grubunun varlığı gibi konularda sorunlar ve tartışmalar tedavi yöntemlerinin prosedürlerinin kesin olarak belirlenmesi önünde engel teşkil etmektedir. Ayrıca örneklem seçimindeki farklılıklar, sonuçların karşılaştırılmasını zorlaştıran önemli bir faktördür. Hastalıklı hücrenin radyo frekansı kullanılarak uyarıldığı genel yöntem ek olarak, radyocerrahi gibi diğer daha küçük bölgeye penetre olan yöntemler tedavinin riskini azaltıcı eğilimdedir. Yakın gelecekte, OKB nin nörobiyolojik olarak hastalığın mekanizması hakkında çok fazla bilgiye sahip olacak ve bu yöntemlerin gelişmesiyle yan etkilerin daha az görülebileceği, gittikçe kesin hedeflerin bulunmasını beklemek mümkün olabileceği öngörülmektedir (58).

Literatür incelendiğinde, yaklaşık 50 yıldır gamma bıçağı teknolojisiyle ilgili yeni açılım yaklaşımları edinmek için çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalar sürdürülmektedir (40). Gamma bıçağı yöntemi, şiddetli OKB tedavisinde umut verici olduğu görülmektedir (40). Yapılan araştırmalar sonucunda, bu cerrahi tekniğin daha iyi tolere edildiğini belirtmiştir (40). Ancak, yan etki olarak bazı hastalarda radyasyona bağlı kist gibi advers olayların görülmesi tedaviyi tartışılabilir kılmaktadır (40).

Son olarak, nöropsikolojik testlerin özgüllüğü ile ilgili problemler de mevcuttur. Çeşitli testlerde hangi temel yapıların ve yeterliliklerin test edileceği konusunda fikirbirliğinde çelişkiler bulunmaktadır. Bu durum varolan eksiklik türleri üzerinde nihai sonuçların çizilmesinde rol oynayan önemli bir faktördür ve nöropsikolojik literatüre ilişkin bir fikir birliğine varmayı zorlaştırmaktadır (59).

Teşhis ve tedavi kapsamında meydana gelen ilerlemelere rağmen bazı metodolojik sorunlar bulunmaktadır. Hastaların psikotropik ilaç kullanma veya kullanmama, ek tanı durumları varlığı veya olmaması ve bir kontrol grubunun varlığı gibi konularda sorunlar ve tartışmalar tedavi yöntemlerinin prosedürlerinin kesin olarak belirlenmesi önünde engel teşkil etmektedir. Ayrıca örneklem seçimindeki farklılıklar, sonuçların karşılaştırılmasını zorlaştıran önemli bir faktördür (59).

Nöropsikolojik OKB'nin doğası üzerine sonuçlar çıkarma girişimlerinde başka sorunlar ortaya çıkmaktadır. Örneğin, aynı testin kullanıldığı yerlerde aksine sonuçlar ortaya çıkabilir; bazıları OKB'ye bozulmuş performansı gösteren kanıtlar sunarken, bazıları performansında herhangi bir bozulma göstermez (59).

Obsesyon ve kompulsyonların derecesi ve etkisi ne olursa olsun, hastalığın teşhisinin konulması, uygun yönlendirmelerle bireyin kontrol altında bir yaşam sürmesi gerekmektedir. Tedavi sürecinde dalgalanmalar olabileceği unutulmamalıdır. Dönem dönem tekrarlar ya da takıntılar artabilir. Bu durumu hastalığın geri gelmesi olarak yorumlanmamalıdır. Zihinsel yoğunluk ve yorgunluğa iyi gelebilecek aktiviteler yapılmalıdır. Örneğin; hastanın sosyalleşmesi, kendine hobi ve ilgi alanları oluşturması faydalıdır. Yürüyüş gibi bedensel aktiviteler yapılmalıdır. İyilik halinin korunması tedavinin en önemli parçalarından biridir. Bu sebeple tedavi devamlılığını mutlaka sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Yıldırım A.; Pareidolia: Obsesif kompulsif yatkınlığı olan bireylerle otistik yatkınlığı olan bireylerin karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 17-19, (2016)
2. Sakallı A.K.; Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların afektif mizaç, kronobiyojoloji ve dürtüsellik açısından incelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-26 (2014)
3. Abramowitz J.S, Taylor S. ve ark.; "Obsessive-compulsive disorder", The Lancet , 374(9688), 491-499, (2009)
4. Şahin A.R, Böke Ö.; Obsesif Kompulsif Bozukluk, E. Köroğlu, & C. Güleç, 493-504, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara: HYB Basım Yayın, (2007)
5. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü baskı DSM-IV, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, (1995)
6. İleri B. Ü.; Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan ebeveynlerin 10-18 yaş çocuklarında anne babadan alınan psikolojik kontrol ve mükemmeliyetçilik düzeyi, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 6-14, (2015)
7. Çiğdem U.; Klinik olmayan bir örneklemede aleksitimi, bağlanma stilleri ve obsesif kompulsif özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 23-33, (2016)
8. Damla A.; Obez hastaların obsesif-kompulsif belirtileri ile yeme tutumları ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin araştırılması, Gazi Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 8-13-30, (2013)
9. Şimşek M.K.; Ergenlerde obsesif kompulsif belirtiler ile depresyon ve anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkinin Yapısal Eşitlik Modeli ile incelenmesi, Atatürk Üniversitesi, Yüksek Lisans, 13-55, (2015)
10. Birinciöğlü İ.; Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda dürtüsellik ve bilişsel performans sırasında NIRS (Near infrared spektroskopisi) görüntülemesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tez, 10-33, (2012)
11. Taştan M. F.; Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında peroksiredoksin-1 ve ürotensin-2 düzeylerinin incelenmesi, Gaziantep Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-29, (2015)
12. Kakdaş E.; Obsesif kompulsif bozuklukta high mobility group box-1 düzeyleri, Dicle Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 3-20, (2015)
13. Şahin N.; Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerindeki mizaç, karakter özellikleri ve psikopatolojinin araştırılması, Sağlık Bakanlığı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-14, (2012)
14. Tatlı M.; Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bu bozukluğun gelişimi ve belirti şiddetiyle ilişkisi, Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Tezi, 4-31, (2012)
15. Alıcı D.; Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında oksidatif metabolizmanın ve oksidatif dna hasarının incelenmesi, Gaziantep Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 4-30, (2014)
16. Yılmaz M.A.; Öğretmen çocuklarının mükemmeliyetçilik düzeyleri ile obsesif kompulsif belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 23-31, (2016)
17. Korkmaz I.Z.; Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastaların Bilişsel İşlevlerindeki Olası Bozuklukların Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 1-16, (2012)
18. Ağlamış S.; Obsesif kompulsif hastalarda kaudat nükleus ve putamende difüzyon ağırlıklı MRG bulguları, Fırat Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-10, (2012)
19. Gülnur Ş.H.; Bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk eşanlı hastalar: klinik özellikler, kişilik ve mizaç özelliklerinin karşılaştırılması, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2-60, (2016)
20. Şenöz G.; 8. sınıf öğrencisi olup obsesif kompulsif bozukluk teşhisi almış olan çocuklarda sınav kaygısı bozukluğu oranının sıklığının değerlendirilmesi, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 7-16, (2015)
21. Kurt E.; Obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve sağlıklı kontrollerin yürütücü işlevlerinin karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-5, (2013)
22. Akyüz Ç.E.F.; Obsesif kompulsif bozukluğun örtük bellek performansı ve bilişsel süreçlere etkisi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 6-16, (2013)
23. Kılıç F.; Obsesif kompulsif bozukluk eşlik eden ve etmeyen bipolar bozukluklu hastalarda mizaç ve dürtüsellik, Fırat Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi., 17-33, (2013)

24. Selin O.; Obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile üstbilişler arasındaki ilişkide düşünce kontrol stratejilerinin düzenleyici etkisi, Maltepe Üniversitesi, Yüksek Lisans, 1-42, (2012)
25. Aktaş O.K.; Toplumsal değerler, cinsiyet rolleri, ahlak algısı ve bilişlerin obsesif kompulsif bozukluk semptomları ile ilişkisi, Uludağ Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 5-22, (2014)
26. Özer S.; Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarının obsesyon alt tiplerinin çocukluk travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2-14, (2015)
27. Çelik R.; Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında DNA tamir genlerinin araştırılması, İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, 1-8, (2013)
28. Kılıç S.M.; Erişkin obsesif kompulsif bozukluk hastalarında çocukluk dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun klinik etkisi, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2-55, (2015)
29. Özden S.Y.; Migrenlilerde yüz tanıma fonksiyonları ve obsesif kompulsif bulguların araştırılması, İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 20-25, (2012)
30. Amil O.; Dini içerikli Obsesif Kompulsif davranışların sosyodemografik açıdan incelenmesi ve vesvese ilişkisi, Erciyes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 1-53, (2013)
31. Kardeş V.Ç.; Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda mizaç ve karakter özellikleri, Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2-24, (2013)
32. Satan Y.; Obsesif kompulsif bozuklukta içgörü düzeyi ile bilişsel fonksiyonların ilişkisi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-25, (2014)
33. Güllüoğlu M.Ç.; Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtileri, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 1-20, (2015)
34. Ayoğlu Z.; OKB'ye ilişkin gelişimsel bir model: Yetişkin bağlanma biçimleri, ebeveynden algılanan psikolojik kontrol düzeyi ve mükemmeliyetçilik eğilimlerinin obsesif yorumlar ve belirtilerle bağlantısının incelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 1-35, (2012)
35. Atile A.; Böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif semptomları arasındaki ilişkinin sosyo-demografik değişkenler eşliğinde incelenmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 36-48, (2015)
36. Deniz P.; Çalışan ve çalışmayan kadınlardaki obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete ve mizaç özelliklerinin incelenmesi, Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 15, (2015)
37. Okutan S.N.; Katekol-O-Metiltransferaz (COMT) ve serotonin taşıyıcı genlerinin obsesif kompulsif bozukluk ile olan ilişkisi, İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 1-16, (2013)
38. Kivılcım S.; Çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının yetişkin obsesif kompulsif bozuklukla komorbiditesi, Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 1-32, (2015)
39. Kara M.; Investigation of depression, obsessive compulsive disorder and their treatment methods, Fatih Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 29-67, (2015)
40. US. Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, (1999)
41. Tanielian T, Jaycox LH. ve ark.; "Invisible wounds of war: psychological and cognitive injuries, their consequences and services to assist recovery. Santa Monica, CA: RAND Corporation, (2008)
42. Borckardt J.J, Nash M.R. ve ark.; "Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis." American Psychologist, 63: 77-95, (2008)
43. Veale DM, Sahakian BJ. ve ark.; "Specific cognitive deficits in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder", Psychol Med. Nov; 26(6): 1261-9, (1996)
44. Zargar F, Farid AA. ve ark.; "Comparing the effectiveness of acceptance-based behavior therapy and applied relaxation on acceptance of internal experiences, engagement in valued actions and quality of life in generalized anxiety disorder", J Res Med Sci. 18(2): 118-22, (2013)
45. Cain, D. J. (Ed); Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice, (pp. 83-115). Washington, DC, US: American Psychological Association, xxviii, 701 pp.http://dx.doi.org/10.1037/10439-003, (2002)

46. Jonas DE, Cusack K. ve ark.; Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Comparative Effectiveness Review No. 92. AHRQ Publication No. 13-EHC011-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April (2013)
47. Stoudemire A, Hill CD. ve ark.; Cognitive outcome following tricyclic and electroconvulsive treatment of major depression in the elderly. *American Journal of Psychiatry*; 148:1336-40, (1991)
48. [http://www.medicinenet.com/script/main/forum.asp?articlekey= 342&articletype=pharm](http://www.medicinenet.com/script/main/forum.asp?articlekey=342&articletype=pharm) Erişim tarihi: 12.04.17
49. Spiegel EA, Wycis HT. ve ark.; "Stereotaxic apparatus for operations on the human brain", *Science*, 06:349-50, (1947)
50. Ballantine HT, Cassidy WL. ve ark.; "Stereotactic anterior cingulotomy for neuropsychiatric illness and intractable pain", *J Neurosurg*, 26:488-95, (1967)
51. Mindus P, Rasmussen SA. ve ark.; Neurosurgical treatment for refractory obsessive-compulsive disorder: implications for understanding frontal lobe function. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*; 6(4): 467-77, (1994)
52. Knight GC.; "The orbital cortex as an objective in the surgical treatment of mental illness: the development of a stereotactic approach", *Br J Surg*, 51: 114-24, (1964)
53. Jimmy C, Yang B.A. ve ark.; "Lesion analysis for cingulotomy and limbic leucotomy: comparison and correlation with clinical outcomes", *J Neurosurg*, 120: 152–163, (2014)
54. Nuttin BJ, Gabriels LA. ve ark.; et al. Long-term electrical capsular stimulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Neurosurgery*; 52(6): 1263-72 (2003)
55. Rowe J.; "Risks of Malignancy after gamma knife stereotactic radiosurgery", *Neurosurgery*, 60-5, (2007)
56. Yoshinoyasu I.; MD.Gamma Knife Radiosurgery for skull base meningioma long term results of low dose treatment. *Journal of Neurosurgery*. Vol 109, 5, (2008)
57. Swedo SE, Rapoport JL. ve ark.; Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Clinical Phenomenology of 70 Consecutive Cases. *Arch Gen Psychiatry*; 46(4): 335-341, (1989)
58. Kim JJ, Lee MC. ve ark.; "Grey matter abnormalities in obsessive—compulsive disorder, Statistical parametric mapping of segmented magnetic resonance images", *The British Journal of Psychiatry* Oct 179 (4) 330-334, (2001)
59. Christensen K.J. Kim S.W. ve ark.; "Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder", *Biological Psychiatry*, 31, pp. 4–18, (1992)