

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALAN ÇOCUK ve ERGENLERDE AİLESEL ÖZELLİKLER*

Pınar Vural**, Suna Taneli***, Yeşim Taneli**

ÖZET:

Amaç: Bu çalışmanın amacı çocukluk döneminde başlayan obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) ailesel özellikler ile birlikte ebeveynlerdeki semptomlarla çocuklardaki semptomların benzer olup olmadığını araştırmaktır. **Yöntem:** Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran, OKB tanısı alan, 18 yaş ve altındaki 14 erkek ve 26 kız ile bunların anne, baba ve kardeşleri araştırılmaya alınmıştır. Grupların aldıkları psikiyatrik tanıları DSM IV tanı ölçütlerine göre konmuştur. **Bulgular:** Hastaların birinci derece akrabalarının %11'inde OKB saptanmıştır. Erkeklerin yaş ortalamaları 11.1±3.3, kızların yaş ortalamaları 10.7±3.5 yıl olarak bulunmuştur. Cinsiyetler açısından bakıldığında, kız ve erkekler arasında anne, baba ve kardeşlerinde OKB varlığı açısından anlamlı fark bulunmamış, hastaların hastalıklarının başlama yaşı ile anne, baba ve kardeşlerinde OKB olup olmaması arasında fark saptanmamıştır. Ancak, annede kirlilik-hastalık bulaşma, babada simetri-düzen obsesyonlarının bulunmasının çocukta bu obsesyonların bulunmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür. **Tartışma:** OKB tanısı alan olguların birinci derece akrabalarında OKB görülme sıklığı genel popülasyonda beklenenden fazla bulunmuştur. Ayrıca çocuklardaki semptomların şekli, anne babada da bu semptomların olup olmamasından etkilenebilir. Bu bulguların, OKB tanısı alan çocuk ve ailelerinin izleminde yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: OKB, aile, çocuk

SUMMARY: FAMILIAL ASPECTS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Objective: The aim of this study was to investigate the familial characteristics of children with obsessive compulsive disorder (OCD) and to compare the symptoms with their parents. **Method:** Fourteen male and 26 female patients below 18 years of age admitted to the pediatric psychiatry clinic with the diagnosis of OCD, their parents and siblings were included into the study. Psychiatric diagnoses were based on DSM IV criteria. **Results:** OCD was detected in 11% of the first degree relatives. The mean age of boys was 11.1±3.3, and the mean age of girls was 10.7±3.5 years. Gender and the onset of the symptoms showed no statistical difference between patients who had first degree relatives with OCD and others. The presence of dirt and contamination obsessions in mothers and symmetry and ordering obsessions in fathers were related with the existence of these obsessions in the child. **Discussion:** OCD was detected more frequently than expected in the first degree relatives of children with OCD. The types of symptoms were also related with the symptoms of the parents. These findings might be helpful in evaluating the children with OCD and their families.

Key words: OCD, family, child

GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB); sanıldığı kadar seyrek görülen bir bozukluk olmadığına saptanması, her yaşta ve çeşitli semptomlarla ortaya çıkabilmesi, çocuklukta başlayıp erişkinlik döneminde sürmesi gibi özellikleri nedeniyle giderek daha çok ilgi çeken bir duruma gelmiştir. DSM IV'e göre OKB tanısı koymak için etkilenen bireyde obsesyon ve/veya kompulsiyon olmalıdır. Semptomlar sıkıntı vermeli, günde bir saatten fazla zaman almalı ve okul, sosyal aktivite ile ilişkileri olumsuz etkilemelidir (APA 1994). Çocukların tanı ölçütlerinde çok tartışıl-

mış olan bir konu, semptomların mantıksızlığını değerlendirmedeki içgörünün derecesidir. Bu nedenle özellikle küçük çocuklar, obsesyonel düşüncelerine inanmaya yatkın olduklarından, DSM IV erişkin ölçütleri, çocuklarda OKB tanısı koymak için uygun olmakla birlikte, semptomlara ait içgörünün derecesi ile ilgili esneklik göstermektedir (Rapoport ve ark. 1994).

Yaklaşık 60 yıldan bu yana tanımlanan bir dizi aile çalışmasında OKB bulgularının, hastaların biyolojik akrabalarında tesadüfen olabileceğinin çok üzerinde bir sıklıkla görüldüğü saptanmış, bunun da OKB'un ailesel özellik taşıdığına kanıtı olabileceği ileri sürülmüştür (Rasmussen ve Tsuang 1986, Riddle 1989). OKB'ta kalıtım düzeyinde bir geçiş söz konusu olabileceği gibi öğrenme ve koşullanma yoluyla belirtilerin akta-

* 11. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresinde (21-24 Nisan 2002) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

** Uzm. Dr., Uludağ Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Bursa.

*** Prof. Dr., Uludağ Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Bursa.

rılması da söz konusu olabilir (Riddle ve ark. 1990, Waters ve Barrett 2000).

Bu çalışmanın amacı hem erken başlangıçlı OKB'ta ailesel geçişin varlığının, hem de ebeveynlerdeki semptomlarla çocuklardaki semptomların benzer olup olmadığının araştırılmasıdır.

YÖNTEM

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Ocak 1995 ve Ocak 1999 tarihleri arasında başvuran ve DSM IV'e göre OKB tanı ölçütlerini karşılayan, 18 yaş ve altındaki 14 erkek ve 26 kız ile bunların anne, baba ve kardeşleri araştırmaya alınmıştır. Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin tümüne OKB tanısı, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışan bağımsız iki çocuk psikiyatristi tarafından konmuştur. Bu ölçütleri karşılayan çocuk ve ergenlerin kardeşleri çocuk ruh sağlığı alanında çalışan iki psikiyatrist, ebeveynleri ise ruh sağlığı alanında çalışan bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiştir. Grupların aldıkları psikiyatrik tanıları DSM IV tanı ölçütlerine göre konmuştur.

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayarda SPSS 9;0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U kullanılırken, sayıyla belirtilen verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. Bütün istatistiksel testlerde en düşük anlamlılık

düzeyi .05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya alınan bireylerin 14'ü (%35) erkek olup, yaş ortalamaları 11.1 ± 3.3 , 26'sı ise kız olup, yaş ortalamaları $10,7 \pm 3.5$ yıl olarak bulunmuştur. Cinsiyetler açısından bakıldığında, kız ve erkekler arasında anne, baba ve kardeşlerinde OKB varlığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$). Hastaların hastalıklarının başlama yaşı ile anne, baba ve kardeşlerinde OKB varlığı açısından da fark saptanmamıştır ($p > .05$).

Çalışmamızdaki hastaların tümü biyolojik anne babaları ile birlikte yaşadığı, yalnızca bir hastanın babası ölmüş olup, sağ olan annesi ile birlikte oturduğu anlaşılmıştır. Ailelerden 4'ünün (%10) geniş aile olduğu görülmüştür. Hastaların ebeveynlerinin eğitim durumuna bakıldığında annelerin en sık lise (%52.5) ikinci sıklıkla üniversite (%35) mezunu, babaların eşit oranlarda lise ve üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (%42.5). Ebeveynlerin meslek dağılımları anneler için en sık ev hanımı (%45) ikinci sıklıkla emekli memur (%20), babalar için en sık memur (%30) ikinci sıklıkla esnaf (%20) şeklinde belirlenmiştir.

Olguların anne, baba ve kardeşlerindeki psikiyatrik bozuklukların dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Olguların Ebeveyn ve Kardeşlerindeki Psikiyatrik Bozuklukların Dağılımı

PSİKİYATRİK TANI	EBEVEYNLER		KARDEŞLER	
	Anne (%)	Baba (%)	Kız (%)	Erkek (%)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	5	10	18	19
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	12.5	10	0	0
Özgül fobi	2.5	0	0	0
Sosyal fobi	0	2.5	0	0
Panik Bozukluk (Agorofobi olmayan)	0	2.5	0	0
Majör Depresif Bozukluk	47.5	10	4.5	19
Sanrısız Bozukluk	2.5	0	0	0
Geçici Tik Bozukluğu	0	2.5	0	0
Alkol Kötüye Kullanımı	0	12.5	0	0
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozuk.	0	0	9	0

Bizim çalışmamızda altı ebeveyne OKB tanısı konmuştur. Çocuklarla ebeveynlerinin hastalanma sıklıkları 3 baba/kız, 2 anne/kız, 1 baba/oğul olarak saptanmıştır. Anne ve erkek çocuğun eş hastalanması görülmemiştir.

Hastalardaki obsesif-kompulsif semptomlar ile anne-babada var olan semptomların karşılaştırılması, hastada var olan semptomun anne ve babanın her ikisinde de olması(A+B+), annede olup babada olmaması(A+B-), annede olmayıp babada olması(A-B+), annede ve babada olmaması(A-B-) değişkenlerine göre yapılmıştır.

Kirlilik ve hastalık bulaşma ile ilgili obsesyonların hem annede hem de babada olması durumunda çocukta gözlenme oranı %85.7'dir. Hem annede hem de babada olmaması durumunda ise çocukta gözlenme oranı %25'tir ve bu iki oran istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir(p<.05). Kirlilik ve hastalık bulaşma ile ilgili obsesyonların annede olup babada olmaması durumunda da aynı oranlara ve istatistiksel anlamlılığa ulaşılmıştır (p<.05) (Grafik 1).

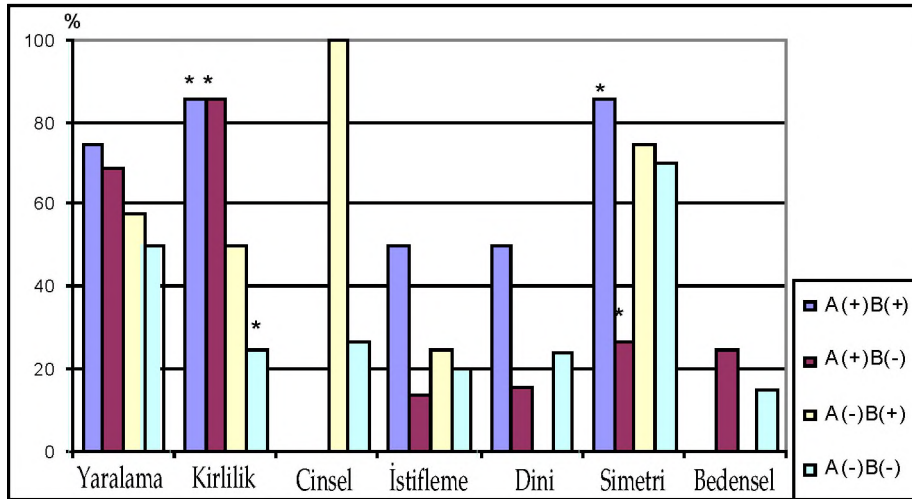
Simetri-düzen obsesyonunun anne ve babanın her ikisinde de olması durumunda çocukta

ortaya çıkma oranı %85.7'dir. Simetri-düzen obsesyonunun annede olup babada olmaması durumunda çocukta ortaya çıkma oranı ise %27'dir. Bu iki oran istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir(p<.05)(Grafik 1).

TARTIŞMA

Çalışmamızda 40 hastanın 117 birinci derece akrabası psikiyatrik bozukluklar açısından DSM IV tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir. Birinci derece akrabalarda OKB görülme sıklığı %11 oranında bulunmuştur. OKB'un toplumda yaşam boyu yaygınlığı %2-3'tür (Aslan ve Unal 1995). Ailelerdeki OKB görülme sıklığı genel popülasyonda beklenenden fazla bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada da OKB tanısı alan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında OKB görülme sıklığının genel popülasyonda beklenenden fazla olduğu bildirilmektedir (Nestadt ve ark. 2000, Pauls ve ark.1995). Bu bilgilerin yanı sıra iki tane dikkate değer istisna vardır. Black ve arkadaşları (1992) ile Bellodi ve arkadaşları (1991) son değerlendirme yöntemlerini kullandıkları çalışmalarında OKB'un aile-

Grafik 1: Anne Baba Değişkenine Göre Hastalardaki Obsesyonların Dağılımı



*p < .05

hastada var olan semptomun ...

A(+) B(+) anne ve babanın her ikisinde de olması

A(+) B(-) annede olup babada olmaması

A(-) B(+) annede olmayıp babada olması

A(-) B(-) annede ve babada olmaması

sel olabileceğine ilişkin kanıtlar saptamamışlar ve farklılıkların verilerin toplanma şekline bağlı olabileceğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada bilgiler olanaklı tüm kaynaklardan, birinci derece akrabalarla birebir görüşmelerle çok yönlü aile hikayesi raporları kullanılarak alınmıştır.

Ayrıca Bellodi ve arkadaşları(1991) yaptığı çalışma ile bizim çalışmamız arasındaki önemli bir diğer fark da iki grup arasındaki olguların hastalıklarının başlama yaşlarının dağılımındaki farklılıktır. Bizim çalışmamızdaki hastaların hepsinin başlama yaşı 18 yaşın altındadır ve hastaların yaş ortalaması $10,8 \pm 3,4$ 'dir. Bellodi ve arkadaşlarının(1991) yaptığı çalışmada ise %80 hastanın başlama yaşı 14 ve üzerindedir. Black ve arkadaşları(1992) ise kendi çalışmalarında OKB tanısı alan hastaların birinci derece akrabalarında OKB'ü düşük oranda bulmalarını hastaların yetişkin gruptan seçilmesine bağlı olabileceğini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızla bu iki çalışma arasındaki çelişkiler bu yöntem farklılıklarına bağlı olabilir. Çocukluk çağına başlangıç gösteren hastaların OKB için sıklıkla bu artışa neden olan bir genetik yükünlük taşıdığı söylenebilir (Lenane ve ark. 1990, Nestadt ve ark. 2000, Reddy ve ark. 2001). Ayrıca ailesel özelliği olan OKB'un erken başladığı düşünülebilir. Belirtilmesi gereken nokta erken ve geç başlangıçlı OKB tanısı alan hastaların yakınlarında saptanan farklı oranlar OKB'un heterojenik etyolojisine işaret edebileceğidir (Bellodi ve ark. 1991, Rosario-Campos ve ark. 2001).

Çalışmamızda birinci derece akrabaların sadece birinde tik bozukluğu görülmüştür (%0.8). Yapılan birçok çalışmada benzer oranlar bildirilirken (Black ve ark. 1992, Lenane ve ark.1990, Reddy ve ark. 2000) bazı çalışmalarda daha yüksek oranlar bildirilmiştir (Leonard ve ark. 1992, Riddle ve ark.1990). Tik bozukluğunda yaşam boyu hastalanma riski %2-10'dur (Yazgan ve ark. 1997). Bizim çalışmamızda OKB tanısı alan hastaların birinci derece akrabalarında tik bozukluğunun oranı genel popülasyonda beklenenden daha fazla bulunmamıştır. Bu nedenle bazı çalışmalar Tourette bozukluğu ve tik

bozukluklarının OKB spektrumu içinde olduğunu iddia etseler de bizim elde ettiğimiz bulgular OKB'un bazı formlarının, özellikle erken başlangıçlı OKB'un akrabalarında görülme sıklığı artmış Tourette bozukluğu ve tik bozukluğu ile ilişkili olabileceği yönündeki hipotezi desteklememiştir (Black ve ark. 1992, Lenane ve ark.1990) Diğer yandan tik belirlenen tek akrabanın bir kız hastanın babası olması ve hastanın kendisinde de basit motor tik varlığı ilginç bulunmuştur. Bu özellikler açısından bakıldığında bu bulgular Riddle ve arkadaşları (1990) ile Pauls ve arkadaşlarının (1995) OKB tanısı alan hastaların akrabalarında tik ve Tourette bozukluğunun geçiş özellikleri ile ilgili verdikleri bilgileri desteklemektedir.

Bizim hastalarımızın annelerinde %47.5 oranında depresif bozukluk, %15 oranında anksiyete bozukluğu, babalarında %10 oranında depresif bozukluk, %15 oranında anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Depresif bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski erkekler için %5-12 arasında kadınlar için %10'la %25 arasında değişmektedir (Koroğlu 1997). OKB tanısı alan hastaların ebeveynlerinde depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu oranları kontrol grubu olmamasına rağmen genel popülasyonda görülme hızından yüksek bulunmuştur.

Ebeveynlerdeki depresif bozukluğun OKB ile ilişkisinin vurgulanması önemli olabilir. Bu oranın yüksekliğinin nedeni çevresel veya ailesel etkinin çocukta OKB gelişimine etki edip etmediği ya da OKB tanısı alan bir çocuğa sahip olmanın neden olduğu bir yanıt olup olmadığı tartışılabilir.

Çalışmamızda çocukların annelerinde ve babalarında bulaşma ile ilgili obsesyonların varlığının çocuklarda bu obsesyonların ortaya çıkma riskini arttırdığı saptanmıştır. Çocuklarda görülen semptomlarla anne babalarda görülen semptomların benzerlikleri açısından en çarpıcı bulgu çocuklarda bulaşma ile ilgili obsesyonların ortaya çıkmasının bu obsesyonların annede olmasıyla ve simetri-düzen ile ilgili obsesyonların ortaya çıkmasının da bu obsesyonların babada olmasıyla bağlantılı görülmesidir. Bu

konu ile ilgili çok az araştırma yapılmıştır. Swedo ve arkadaşları (1989), obsesif kompulsif semptomları olan çocuk ve ergenlerin bu semptomlarıyla aynı şekilde etkilenen anne babalarının semptomlarının birbirleriyle benzerlik göstermediğini rapor etmişlerdir. Bu bulgular Riddle ve arkadaşlarının (1990) çalışmasıyla tekrar ortaya konmuş ve ailesel geçişte taklit mekanizmasının kullanılmadığının bir göstergesi olarak yorumlanmışlardır. Araştırmacılar semptom profillerinin gelişimle birlikte değişebileceğini, klinik deneyimlerin obsesif kompulsif semptomların balmumu gibi esnek olduğunu, azalan artan şiddette olabileceğini, emosyonel ve sosyal streslere sıklıkla cevap verdiğini, birbiriyle kesişen yapılarının olduğunu belirtmişlerdir ve ileriye dönük yapılan çalışmalarda obsesyon ve kompulsiyonların doğal değişiminin araştırılmasını önermişlerdir (Riddle ve ark. 1990).

Yaptığımız çalışma ile 1970'li yılların öncesinden bu yana tanımlanan aile çalışmalarında, OKB tanısı alan hastaların biyolojik akrabalarında rastlantısal olarak karşılaşılabileceğin çok üzerinde bir sıklıkla OKB görüldüğü yönündeki çalışmalarla benzerlikler ortaya konmuştur. Bununla birlikte anne babalardaki semptomlarla, çocuklardaki semptomlar karşılaştırıldığında elde ettiğimiz sonuçlar, kirlilik-hastalık bulaşma, simetri-düzenle ilgili semptomların diğerlerine göre anne baba değişkeninden daha çok etkilenebileceğini göstermiştir. Tüm bu sonuçlara rağmen çalışmada görüşmenin yapılandırılmış olmaması, karşılaştırılan diğer çalışmalarla yöntemsel farklılıklar içermesi, veri sayısının az oluşu gibi sınırlılıklar mevcuttur. Kanımızca elde edilen verilerin arttırılması yanında, kültürel farklılıklara ait sonuçların ortaya konabilmesi için bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak bu çalışmada Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine başvurup OKB tanısı alan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında %11 oranında OKB saptanmıştır. OKB tanısı alan çocukların cinsiyet ve hastalığın başlangıç

yaşına göre akrabalarında OKB görülme oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. OKB tanısı alan çocukların annelerinde kirlilik ve hastalık bulaşma, babalarında simetri-düzen obsesyonlarının olmasının çocuklarda bu obsesyonların ortaya çıkma riskini arttırdığı saptanmıştır. OKB tanısı alan çocukların birinci derece akrabalarının OKB açısından risk grubunu oluşturmaktadır. Hastalanmış ebeveynlerin ve kardeşlerin tanınması ve tedavilerinin sağlanmasının OKB'lu çocuk ve ergenlerin izlemleri açısından da önemlidir. Çocukluk döneminde tanı konan OKB'ta klinik yaklaşımımız hem akrabalar hem de hastalar göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM IV)*. Washington, DC., s:177-179.
- Aslan H, Unal M (1995) *Obsesif kompulsif bozukluk (saplantı-zorlantı bozukluğu)*. *Anksiyete Monografileri Serisi-3 içinde*, E Köroğlu (ed) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s:102-142.
- Bellodi L, Scuto G, Diaferia G ve ark. (1991) *Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder*. *Psychiatry Res* 42:111-120.
- Black DW, Noyes R Jr, Goldstein RB ve ark. (1992) *A family study of obsessive-compulsive disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 49:362-368.
- Köroğlu E (1998) *Majör depresif bozukluk*. *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1 içinde*, C Güleç ve E Köroğlu (ed) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s:389-421.
- Lenane MC, Swedo SE, Leonard H ve ark. (1990) *Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29(3):407-412.
- Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE ve ark. (1992) *Tics and Tourette's disorder: a 2-to-7 year follow up of 54 obsessive-compulsive children*. *Am J Psychiatry* 149:1244-1251.
- Nestadt G, Samuels J, Riddle M ve ark. (2000) *A family study of obsessive-compulsive disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 57(4): 358-363.
- Pauls DL, Alsobrook II JP, Phil M ve ark. (1995) *A family study of obsessive-compulsive disorder*. *Am J Psychiatry* 152:76-84.
- Rapoport JL, Swedo S, Leonard H (1994) *Obsessive-Compulsive Disorder Child and Adolescent içinde*, M Rutter, E Taylor, L Hersov (ed) Blackwell Science Ltd,

Oxford, s:441-451.

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

Reddy PS, Reddy YC, Srinath S ve ark. (2001) A family study of juvenile obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry* 46(4): 346-51.

Riddle MA, Scahill L, King R ve ark. (1990) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents, phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:766-772.

Riddle MA (1998) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents, *Br J Psychiatry* 173:91-96.

Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT ve ark. (2001) Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 158(11):1899-1903.

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* 46:335-341.

Waters TL, Barrett PM (2000) The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev* 3(3):173-184.

Yazgan Y, Arman AR, Leckman JF (1998) Tik bozuklukları. *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2 içinde, C Güleç ve E Köroğlu (ed) Hekimle Yayın Birliği, Ankara, s:1149-1155.*