

ÇOCUK VE ERGENLERDE KONVERSİYON BOZUKLUĞU: GÖZDEN GEÇİRME

Eyyüp Sabri Ercan*, Baybars Veznedaroğlu**
Cahide Aydın***

ÖZET

Konversiyon bozukluğu, gelişmekte olan ülkelerde en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan birisidir. Ülkemizde erişkinlerde olduğu gibi çocuk ve ergenlerde de konversiyon bozukluğunun azımsanamayacak sıklıkta olduğu düşünülmektedir. Bu yazıda konversiyon bozukluğunun çocuk ve ergen yaş grubunda görülme sıklığı, klinik özellikleri, etyolojisi, organik bozukluklardan ayırıcı tanısı ve tedavisi gözden geçirilmiştir. Günlük uygulamalardaki özel önemi nedeniyle, klinik özellikler, etyolojide sosyokültürel özelliklerin önemi ve konversiyon bozukluğunun bir alt tipi olan yalancı epileptik nöbetler ile ayırıcı tanısı geniş bir biçimde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Konversiyon bozukluğu, çocuk ve ergen, psikojenik nöbet, ayırıcı tanı, sosyokültürel etkenler.

SUMMARY: Conversion disorder is one of the most prevalent psychiatric disorder in developing countries. It has been suggested that conversion disorder is a common problem in child and adolescent population in Turkey. In this article, we have reviewed prevalence, clinical factors, etiology and treatment of childhood conversion disorder. Clinical factors, sociocultural factors in aetiology and differential diagnosis from organic pathologies are largely discussed because of their practical importance.

Key Words: Conversion disorder, child and adolescent, psychogenic seizure, differential diagnosis, sociocultural factors.

GİRİŞ

Fenichel, konversiyon bozukluğunu daha önce bastırılmış olan dürtülerin bilinç dışı olarak ve bozuk bir biçimde anlatıldığı semptomatik fiziksel işlev değişiklikleri olarak belirtmiştir (Fenichel 1945). Konversiyon bozukluğu, DSM IV'te nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumun varlığını düşündüren, ancak bilinen nörolojik veya tıbbi bir bozuklukla açıklanamayan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. DSM IV'te çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu tanısı konması için erişkin ölçütleri kullanılmaktadır. Ancak çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu erişkinlerdekiyle tam olarak aynı değildir.

* Arş. Gör. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İzmir.

** Uzm. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İzmir.

*** Prof. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İzmir.

Özellikle görülme sıklığı, cinsiyet dağılımı ve hastalığın gidişi farklılık göstermektedir (Futterman 1989).

Epidemiyoloji

Bugüne kadar yapılmış olan çalışmaların farklı tanı ölçütleri kullanılarak ve değişik sosyokültürel özellikleri olan toplumlarda yapılmış olması nedeniyle çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğunun sıklığı hakkında tam bir görüş birliği oluşmamıştır. Ayrıca konversif nöbetleri olan hastaların birçoğunun sağlık kurumlarına başvurmadıkları ya da acil yardım sonrası psikiyatri kliniklerine gitmediği bilindiğinden, istatistiksel verilerin gerçeği tam olarak yansıtamayacağı açıktır (Öztürk 1994, Nemzer 1996). Ancak toplumumuzda konversiyon bozukluğunun sık olduğu ve psikiyatri kliniklerine başvuran hastaların önemli bir oranını oluşturdukları bilinmektedir.

dir (Öztürk 1994). Ülkemizde çocuk ve ergen hasta grubu için sağlam istatistiksel veriler olamamasına rağmen azımsanmayacak boyutta olduğu düşünülmektedir (Kerimoğlu 1996). Bazı yazarlar çocuk hastalıkları, nöroloji ve göz hastalıkları kliniklerine başvuruda bulunan hastalarda psikiyatriye başvuranlardan daha yüksek oranda konversiyon bozukluğu tanısına rastlandığını öne sürmüşlerdir (Futterman 1989).

Konversiyon bozukluğu her yaşta başlayabilirse de 20 yaşın altında daha sık görülmektedir (Işık 1996, Chabolla ve ark. 1996). Çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvuranlarda konversiyon bozukluğuna rastlanma oranı %0.5 ile %10 arasında değişmektedir (Nemzer 1996). Ankara Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisine başvuran hastaların %2-%3'ünün konversiyon bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir (Kerimoğlu ve Yalın 1992). Altı yaşın altında konversiyon bozukluğuna seyrek rastlanırken, ergenlerde çocuklardan yaklaşık üç kat daha sık olarak görülmektedir. On yaşın altında cinsiyet dağılımı açısından fark yoktur; fakat ergenlik döneminde kız erkek oranı yaklaşık 3/1'dir (Alper ve ark. 1993, Volkmar ve ark. 1984, Campo ve Fritsch 1994, Hersov 1985). İsveç'li ergenlerle yapılan bir çalışma somatoform bozuklukların 13 yaşında pik yaptığını gösterilmiştir (Larsson 1991).

KLİNİK ÖZELLİKLER

Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğunun en sık rastlanan belirtileri dönemsel bilinç kaybı (senkop ve psikojenik nöbetler), motor bozukluklar ve duyu bozukluklarıdır (Volkmar ve ark. 1984). Ülkemizde Kerimoğlu ve Yalın'ın araştırmasında (1992), konversiyon bozukluğu tanısı alan kız çocuklarında bayılmalar, çeşitli ağrılar ve globus histerikus ön sıralarda yer alırken, erkek çocuklarda soluk alma güçlüğü, çeşitli somatik belirtiler ve afoninin ön planda olduğu belirtilmiştir. Konversiyon bozukluğu tanısı almış 137 hastayla yapılan bir çalışmada, en sık bilinç kaybı, yürüyememe, kasılmalar, afoni ve yutma güçlüğü bulunduğu belirtilmiştir (Turgay 1990).

Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu, genellikle tetiği çeken travmatik olay ya da nesne kaybının ortaya çıkmasından kısa bir süre sonra başlamaktadır. Belirtiler genellikle değişici

özellik gösterir ve dalgalanmalara rastlanır (Futterman 1989, Maloney 1980, Karacan ve ark. 1996). Ancak bazı olgularda konversiyon bozukluğu belirtileri görece yavaş biçimde gelişebilir, belirtiler giderek şiddetlenir ve dalgalanmalar görülmeyebilir (Nemzer 1996). Konversiyon bozukluğu görülen çocuk ve ergenlerde güzel aldırılmazlığa pek rastlanmadığı, çocuk ve ergenlerin konversif belirtilerinden çoğunlukla sıkıntı duydukları belirtilmektedir. Bu nedenle güzel aldırılmazlığın tanı koymada güvenilir bir belirti olmadığı ileri sürülmüştür (Hersov 1985, Goodyer 1981, Volkmar ve ark. 1984, Nemzer 1990, Kerimoğlu 1996). Ayrıca çocuklarda konversiyon bozukluğu belirtilerinin, suç işlenen elin felci örneğinde olduğu gibi dramatik ve sembolik anlamlarla karşımıza çıkması son derece nadirdir (Futterman 1989).

Konversiyon bozukluğu belirtileri ılımlı seyreden olgularda, konversiyon bozukluğuna belirgin psikiyatrik problemler okul başarısızlığı ve sosyal ilişkilerde bozukluk çoğunlukla eşlik etmemektedir (Futterman 1989, Wyllie 1990). Ancak birçok araştırmacı dirençli olgularda konversiyon bozukluğunun genellikle yalnız başına görülmediğini, çoğu zaman diğer psikiyatrik rahatsızlıklara eşlik ettiğini belirtmişlerdir. Çocuk ve ergenlerde somatoform bozukluklarla en sık birlikte görülen tanılar, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu ve duygulanım bozukluklarıdır (Campo ve Fritsch 1994, Nemzer 1996). Birçok araştırmacı çocuk ve ergenlerde bedensel yakınmaların depresif yapı ya da bozukluğu yansıttığını ileri sürmüştür (Larson 1991, McCauley ve ark. 1991, Ryan ve ark. 1987). Psikojenik nöbetleri olan kırkbeş erişkin hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %98'inde eşlik eden bir duygulanım bozukluğu ya da somatoform bozukluk bulunduğu saptanmıştır (Bowman ve Markand 1996). Ayrıca konversiyon bozukluğu tanılı olguların, ailelerine aşırı bağımlılıkları olduğu ve sıklıkla normal veya normalin üzerinde zekaya sahip oldukları bildirilmektedir (Futterman 1989, Lancman ve ark. 1994). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, kız çocuklarında konversiyon bozukluğuna en sık irritabilite, histerik özellikler ve fobik bozukluklar eşlik ederken, erkeklerde irritabilite, davranış bozuklukları ve okul problemlerinin eşlik ettiği belirtilmiştir (Kerimoğlu ve Yalın

1992). Konversiyon bozukluğunun, farklı özellikteki kişiliklerde görülebildiği gibi histrionik kişilik özelliği gösterenlerde daha sık rastlandığı düşünülmektedir. Ancak çocuk ve ergenlerde böyle bir genelleme sıklıkla kabul görmemektedir. Çünkü, düşük engellenme eşiği, benmerkezcilik, bağımlılık ve duygusal değişkenlik gibi histrionik özellikler bu yaş grubunun normal yapısı içinde kabul edilmektedir (Nemzer 1996).

Konversiyon Bozukluğunun Organik Bozukluklardan Ayırımı

Konversiyon bozukluğu ön tanısıyla hastayı değerlendirirken, hastanın geçmişteki fiziksel ve psikiyatrik durumunun anlaşılması, şimdiki psikiyatrik ve organik incelemesinin yapılması ve ayrıntılı aile öyküsünün alınması son derece yararlıdır (Goodyer 1985). Konversiyon bozukluğundan önce başlayan ya da birlikte görülen organik bir rahatsızlık bulunması konversiyon bozukluğu tanısını dışlamaz (Goodyer 1985, Futterman 1989, Good 1993). Çünkü çoğu olguda konversif belirtiler enfeksiyon ya da başka bir tıbbi sorunla tetiklenmiş ya da bu tıbbi sorunlara eklenmiş gibi görünmektedir (Nemzer 1990). Omuz ağrısı sonrası aynı kolda konversif felç gelişmesi ya da atlatılan bir hastalığın belirtilerinin emosyonel bir sıkıntıdan sonra tekrarlanması tipik örneklerdir (Goodyer 1985, Nemzer 1996). Kesin veriler bulunmamakla birlikte konversiyon bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergen hastaların en azından %10'unun temel belirtilerini açıklayan organik bir bozukluğu olduğu öne sürülmüştür (Mrazek 1994). Psikiyatri kliniklerinde konversiyon bozukluğu tanısı konan 28 çocukla yapılan bir çalışmada, 4-11 yıllık izlem sonucunda hastaların %46'sının belirtilerinin organik kökenli olduğu bulunmuştur. Bu durumun özellikle görme kaybının ilk yakınma olduğu olgularda geçerli olduğu görülmüştür (Stores 1985, Mrazek 1994). Uzun süreli izlem çalışmalarında özellikle tek bir belirtisi olan konversiyon bozukluğu tanılı çocuk ve ergen hastaların %25-50'sinin belirtilerini açıklayan organik bir hastalıkları olduğu bulunmuştur (Goodyer 1985). Bununla birlikte epilepsi polikliniklerinde izlenen hastaların %5-20'sinin nöbetlerinin, psikojenik nöbet olduğu öne sürülmektedir (Chabolla ve ark. 1996, Lancman ve ark. 1994). Video EEG gö-

rüntüleme yöntemiyle psikojenik nöbet tanısı konan, kırk üç çocuk ve ergen hastanın uzun süreli izleminin yapıldığı bir çalışmada, hastaların %48'ine daha önce epilepsi tanısı konduğu ve antiepeptik tedavi almakta oldukları bildirilmiştir. Bu hastaların pek çoğunda nörolojik bozukluk öyküsü bulunmamasına karşın, bazı hastaların geçmişte kafa travması, menenjit ve araknoid kistleri bulunduğu görülmüştür (Lancman ve ark. 1994). Bir çalışmada epilepsi tanısı konan hastaların %25'inin epileptik olmadığı, psikojenik nöbet olarak izlenen bir kısım hastanın ise özellikle non-konvulzif tipteki epileptikler olduğu görülmüştür (Stores 1985).

Psikojenik nöbetleri epilepsiden ayırmak oldukça güç ve yaygın bir sorundur. Çünkü psikojenik nöbetleri olan çocukların bir kısmının epilepsisi de bulunmaktadır. Aynı zamanda epileptik çocukların önemli bir bölümünün psikiyatrik yakınmaları olduğu görülmüştür (Williams ve ark. 1978, Goodyer 1985, Good 1993). Petit mal, grand mal ya da psikomotor nöbetleri taklit eden psikojenik nöbetler en sık görülen konversif belirtilerdendir (Nemzer 1996). Temporal lob kökenli kompleks parsiyel nöbetler ve frontal lob kökenli nöbetleri de konversif nöbetlerden ayırmak oldukça güçtür (Chabolla ve ark. 1996, Şenol ve Saygı 1993). Nöbetleri değerlendirmede en etkin yol çocuğun günlük aktivitelerinin gözlenmesidir. Bu yöntem video-EEG görüntüleme, serum prolaktin ve kreatin kinaz düzeyini ölçümü gibi testlerle desteklenebilir (Wyllie ve ark. 1990, Lancman ve ark. 1994, Bowman ve Markand 1996). Ayrıca MMPI gibi psikolojik testler de nöbet-psikojenik nöbet ayırımında yararlı olabilmektedir. MMPI'da hipokondriazis, depresyon, histeri ve şizofreni alt ölçeklerinin, epileptikler ve konversif hastalar arasında anlamlı oranda farklı olduğu gösterilmiştir (Henrichs 1988). Burada epileptik nöbetlerin psikojenik nöbetlerden genel farklılıklarının gözden geçirilmesi uygundur (Tablo -1).

Psikojenik nöbetlerin, çoğunlukla toplum içinde gözlenirken olması, nöbet geçirilen yere genellikle yarı kontrollü bir biçimde fazla incinmeden düşülmesi, ağırlı uyarana belirgin kaçınma davranışıyla yanıt verilmesi, bağırmanın eşlik ettiği teatral, yarı amaçlı hareketler, nöbetlerin değişik biçimlerde olması, epileptik nöbetlere oranla daha sık ve belirli zamanlara kümelenmiş biçimde

Tablo -1
Epileptik ve Psikojenik Nöbetlerin Genel Özellikleri

Epileptik Nöbet

Bilinç kaybı
Seyrek olarak başlangıçta çılgılık-anlamsız sesler
Sterotipik tonik-klonik fazlar
Dilini ısırıp zedeleyebilir
Refleks bozuklukları vardır
İdrar inkontinansı olabilir
Uyku görülebilir
Siyanoz olabilir
Post-iktal konfüzyon vardır
Bir günde birden fazla ortaya çıkması nadirdir

Psikojenik Nöbet

Bilinç kaybı (ve amnezi) yok
Bağırma, çılgılık, sızlama,
Kendini yerden yere atma
Yaralanma nadirdir
Refleksler normaldir
İdrar inkontinansı çok enderdir
Uyku görülmez
Solukluk olabilir
'Bayılma' sonrası konfüzyon yoktur
Gün içinde defalarca görülebilir

(Özkan 1993)

görülmesi ve nöbetten uyanıklık durumuna ani geçişin olması gibi özelliklerine dikkat edilmesi, ayırıcı tanıda yararlı olur (Mrazek 1994, Choballa ve ark. 1996, Lancman ve ark. 1994, Karacan ve ark. 1996). Konversiyon bozukluğu tanılı çocuk ve ergenler, aslında organik bir hastalık bulunmaktayken yanlışlıkla konversiyon bozukluğu tanısı konan olgulara oranla, belirtilerinin ani başlangıçlı olması ve ailelerinde konversiyon bozukluğu öyküsüne daha sık rastlanması bakımından farklılık göstermektedir. (Hersov 1985, Mrazek 1994). Postür bozuklukları ve okul başarısında belirgin düşme gibi belirtiler ise nörolojik bozuklukları akla getirmelidir. Psikojenik nöbetler için klasik belirleyici olmamasına karşın, belirtilerin başlangıcında belirgin anksiyete ve hiperventilasyonun görülmesi önemli özelliklerdendir (Wyllie ve ark. 1990, Goodyer 1985). Ancak bu özelliklerden hiçbirisinin bizi kesin tanıya götürmeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır (Chobolla ve ark. 1996). Epileptik nöbetlerin emosyonel stres etmenleriyle tetiklenebildiği ve bazen epileptik nöbetlerin sıklığının azalmasında psikoterapotik yaklaşımların yararlı olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir (Williams ve ark. 1978). Ayrıca son yıllarda yapılan çalışmalar, konversif nöbetleri olan olguların %20'sinden fazlasının nöbet sırasında inkontinansları bulunduğunu veya yaralandıklarını göstermektedir (Şenol ve Saygı 1993, Chabolla ve ark. 1996, Lancman ve ark. 1994). Psikojenik nöbetleri olan çocuk ve ergenlerde epileptik statusun bile çok

nadir olmadığı belirtilmektedir (Lancman ve ark. 1994, Chabolla ve ark. 1996). Metrick ve arkadaşları (1991), psikojenik nöbetleri olan konversiyon bozukluğu tanılı çocuk olgularının %38'inin BBT ve MR'larında fokal bozukluklara rastlandığını bildirmişlerdir. Epilepsi ve psikojenik nöbetlerin birlikte görülebileceği birçok yazar tarafından bildirilmiştir (Goodyer 1985, Karacan ve ark. 1996). Bazı araştırmacılar, psikojenik nöbetleri olan olguların %10-58'inin epilepsiyle birlikte psikojenik nöbetleri olan olguların oluşturduğunu belirtmişlerdir (Chabolla ve ark. 1996). Nöbetlere bağlı beyin incinmesi, strese karşı öğrenilmiş epileptik kaçınma ve anti-epileptik ilaç entoksikasyonu gibi nedenlerin epileptikleri psikojenik nöbet geçirmeye daha yakınlaştırdığı düşünülmektedir (Goodyer 1985, Karacan ve ark. 1996).

Etyoloji:

Konversiyonda bastırılmış içgüdüsel istekler şekil değiştirip, deforme olmuş bir biçimde ve fizyolojik işlev değişiklikleri ile karşımıza çıkarlar. Freud konversiyon oluşumunda pregenital dönem ve bu dönemde çözümlenmemiş 'Oidipus Karmaşası' ile 'kastasyon anksiyetesi ve penis karmaşası' üzerinde durmuştur. Freud'a göre cinsel ya da saldırgan içerikli dürtülerin bilince çıkması engellendiğinde, bunlar bir beden işleviyle sembolize edilip, o işlev bozukluğu ya da kaybı şeklinde bilince çıkarlar. İşte bunu sağlayan konversiyon savunma düzeneğidir. Fenickel

ise konversiyondaki biçim değiştirme düzeneklerinin sembolizm, plastik anlatım yoğunlaştırma, yer değiştirme ya da tersi ile temsil etme, olayların sırasının tersine çevrilmesi ya da bütünü temsil eden ayrıntıların abartılması gibi işlevlere olanak sağladığını ifade etmiştir. Bazı yazarlar ise oral dönem saplantıları üzerinde durmuş, hem oral dönem özellikleri, hem de kadınsı özellikleri olan oral saldırganlık, oral bağımlılık ve edilgenliğin bu konudaki önemini vurgulamıştır (Işık 1996).

Konversiyon bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenler ile yapılan birçok çalışmada normal kontrollere göre daha yüksek oranda cinsel ve fiziksel kötüye kullanım öyküsüne rastlanmıştır (Alper ve ark. 1993, Bowman ve Markand 1996, Işık 1996). Yazında, özellikle psikojenik nöbetleri olan hastalarda cinsel kötüye kullanım öyküsüne rastlandığı vurgulanmaktadır (Nemzer 1990).

Konversiyon bozukluğunun etyolojisinde öğrenme kuramı birçok araştırmacı tarafından öne sürülmüştür. Psikolojik sorunların çözümlenmesinde ailede model olmuş bir kişinin bedensel rahatsızlıkları örnek alınabilir veya onunla özdeşleşebilir. Bazen çocuk daha önce geçirmiş olduğu bir hastalığın belirtilerini tekrar gösterebilir (Futterman 1989, Nemzer 1990 ve 1996). Babasını kalp krizi sonucu kaybeden bir çocukta görülen göğüs ağrısı iyi bilinen bir örnektir.

Bazı araştırmacılar konversiyon bozukluğu etyolojisinde aile işleyişi üzerinde durarak, annenin aşırı koruyucu babanın ilgisiz olduğu tipik bir aile yapısını tanımlamışlardır. Aynı zamanda konversiyon bozukluğu görülen ailelerde bir kaybın olması, depresyon, bağımsızlık tehdidi ve yas gibi süreçler üzerinde de durulmuştur (Futterman 1989, Campo ve Fritsch 1994, Öztürk 1994). Maloney (1980), konversiyon bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerle yaptığı çalışmada, yakın zamanda meydana gelmiş olan ailesel stresin ve aile iletişimde bozuklukların, konversiyon bozukluğu olanlarda normal kontrollerden daha sık olduğunu göstermiştir. Volkmar ve arkadaşları (1984), konversiyon bozukluğu olan 30 çocuk ve ergenle yaptıkları çalışmada, konversiyon bozukluğu belirtilerinin yoğun psikososyal stres ve aile içi çatışmalar sonucunda meydana geldiğini belirtmişlerdir. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu konusunda oldukça az sayıda çalışma yapılmıştır. Bunlardan Öztürk

(1976), Öztürk ve Öztürk (1981) tarafından yayınlanan çalışmalarda, ana-baba ve çocuk arasında çarpıcı biçimde özel ilişkiler olduğu; annenin babanın yada her ikisinin birden bu çocuklara küçüklüklerinden başlayarak özel bir yer, rol ve iş sorumluluğu verdiği vurgulanmıştır (Aktaran Kerimoğlu 1996) Ayrıca hasta çocuğa başlangıçtan itibaren diğer kardeşlerinden ayrı olarak, karşıt cins ebeveyn tarafından 'gözde' ya da 'veliah' yeri verilerek, eş ya da sevgili rolünün ve sorumluluklarının yüklendiği ve çocuklara 'kadın' ya da 'erkek' oldukları mesajının sürekli yinlendiği bildirilmektedir. Bu araştırmaların önemle üzerinde durduğu nokta, konversiyon bozukluğunda karşımıza çıkan bu ilişki biçiminin, toplumumuzdaki geleneksel çocuk yetiştirme biçimleriyle olan koşutluğu ve dolayısıyla konversiyon bozukluğunun oluşumunda sosyokültürel etmenlerin rolüdür (Kerimoğlu 1996).

Doktorların organik nedenleri dışlamadan abartılı ve tekrarlayıcı bir biçimde tıbbi incelemeler yapmasının da konversif belirtilerin yerleşmesine ve uzamasına neden olduğu ileri sürülmüştür (Futterman 1989). Goodyer (1981), konversiyon bozukluğu tanısı konan 15 çocukla yaptığı çalışmada hastaların tümünün oldukça uzun bir tıbbi inceleme döneminden geçtiğini belirtmiştir.

Konversiyon bozukluğ etyolojisinde sosyokültürel farklılıkların önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir. Geçmiş çağlarda ve düşük sosyoekonomik düzeydeki toplumlarda konversiyon bozukluğu hem daha sık görülmekte hem de daha renkli belirtilerle ortaya çıkmaktadır (Er 1969, Işık 1996, Futterman 1989, Yıldız 1995). Otoriter ve köktendinci kültürlerin, insanlardaki cinselliği baskıladıkları, fikir ve duyguları açıkça ifade etmeye olanak tanımadıkları için konversif belirtilere yol açabileceği düşünülmektedir (Nemzer 1996). Bazı yazarlar batı dünyasında modernleşme ve kişisel özgürlüğe verilen önemin artmasıyla, içgöründe ve bireysellikte artışın meydana geldiğini belirtmişlerdir. Bunun sonucunda duygusal sıkıntıların dışa vurulmasının beden düzeyinden psikolojik düzeye yer değiştirerek, konversiyon bozukluğu sıklığında belirgin bir azalmaya yol açtığını öne sürmüşlerdir (Signh 1992, Yıldız 1995). Thailand ve Amerika Birleşik Devletleri'nde çocukların psikolojik sorunlarına ebeveynlerin yaklaşımlarını karşılaştıran bir seri çalışma yapılmıştır. Gelişmiş ABD toplumuna

oranla gelişmekte olan Thailand'da ebeveynlerin çocuklardaki psikolojik belirtileri daha az önemsedikleri ve "zamanla iyileşir" şeklinde değerlendirdikleri saptanmıştır. Ayrıca yine bu çalışmalarda kırsal kesimde yaşayanların kent- sel kesimdekilere oranla psikolojik sorunlara da- ha az duyarlı oldukları görülmüştür (Weisz ve ark. 1991). Bu nedenle gelişmekte olan toplum- larda ve kırsal kesimlerde yaşayan insanların psikolojik sıkıntılarını bedensel belirtiler biçi- minde ifade ettikleri düşünülmüştür. Hindistan ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde yapı- lan araştırmalarda konversiyon bozukluğunun oldukça sık olduğu saptanmıştır (Signh 1992, Campo ve Fitsch 1994, Öztürk 1994). Örneğin Hindistan'da hastanede yatan çocuk ve ergen hastaların %30'unda, ayaktan başvuranların %15'inde başta psikojenik nöbetler olmak üzere konversiyon bozukluğu bulunduğu bildirilmiştir (Srinath ve ark. 1993). Ülkemizde de konver- siyon bozukluğunun daha çok kırsal kesimde görüldüğü ve konversiyonun bir çeşit kendi duy- gu ve düşüncelerini ifade etme biçimi olduğu öne sürülmüştür (Işık 1996). Er (1969), konversi- yon bozukluğunun sosyokültürel özelliklerle ilişkisini irdelediği araştırmasında, bireysellik bilinci gelişmemiş toplumlarda konversiyon bo- zukluğu ve konversiyon bozukluğu salgınları- nın insanlığın geçmişi kadar eski olabileceğini belirtmiş ve konversiyon bozukluğu etyolojisin- de sosyokültürel özelliklerin önemini vurgula- mıştır. Hatta bazı yazarlar, hastanın bedensel ya- kınmalarını değerlendirecek olan klinisyenin, hastada farklı bir kültürel kökenden geliyorsa çok daha dikkatli bir değerlendirme yapması ge- rektiğini belirtmişlerdir (Mrazek 1994). Buna karşın bazı araştırmacılar da, sosyoekonomik düzey ile konversiyon bozukluğu görülme sıklı- ğı arasında doğrudan bir ilişkiden çok belirtile- rin alt eğitim ve gelir düzeyinden gelen hastalar- da daha renkli ve abartılı olması üzerinde dur- muşlardır (Nemzer 1996).

Tedavi

Konversiyon bozukluğu tanısı konan çocuk has- taların çoğunda kısa süre içerisinde tam iyileşme meydana geldiği ve hastaların %66 ile %90'ında bir yıl içerisinde belirgin düzelme görüldüğü be- lirtilmektedir. Hatta bazı hastalar tedavi görme-

den bile düzelebilmekte; belirtilerde yinelemele- re ise nadiren rastlanmaktadır (Futterman 1989, Campo ve Fritsch 1994, Nmezz 1990 ve 1996, Wylie ve ark. 1990, Kerimoğlu 1996). Bazı çalış- malarda ise çocukluktaki konversiyon bozuklu- ğunun erişkinlikteki somatizasyon, anksiyete bozuklukları ya da kişilik bozuklukları gibi baş- ka psikiyatrik bozuklukların gelişimine yol açtı- ğı öne sürülmektedir (Nemzer 1996, Kerimoğlu 1996).

Tedavinin başlangıcında hasta ve ailenin, kon- versiyon bozukluğunun üzücü yaşantılar ve zorluklar gibi duygusal olaylarla ilişkili olduğu hakkında, destekleyici ve yargılayıcı olmayan bir tarzda bilgilendirilmeleri oldukça yararlıdır. Hasta ve aile belirtilerin psikiyatrik yaklaşım ge- rektirdiği konusunda kuşkulu olabileceklerin- den, tedavinin gerektiğinde çocuk hastalıkları hekimleriyle işbirliği içerisinde sürdürüleceği- nin belirtilmesi uygundur (Nemzer 1996).

Tedavi süreci içerisinde her olgunun gereksini- mine göre, bireysel psikoterapi, grup terapisi, ai- le tedavisi ve bilişsel-davranışçı tekniklerin uy- gulandığı bütüncül bir yaklaşım kullanılır. Aile- nin tedavi süreci içerisine alınması, onların has- talığı yanlış algılayıp çocuklarına hatalı bir tu- tumla davranmalarını engeller ve böylece çocuk veya gencin tedaviye daha uyumlu olması sağla- nabilir. Psikodinamik yaklaşımlar, çocuğun bi- linç dışı çatışmalarına ve hastalığın sürmesine neden olan psikolojik faktörlere içgörü kazan- masına yardımcı olabilir. Hastalık belirtilerinin yerleşmemesi açısından en önemli noktalardan birisi de ikincil kazançların ortadan kaldırılması- dır. Bilişsel-davranışçı yöntemler kullanılarak iyileşme isteğinin artırılması ve hastanın belirti- leri üzerinde kontrol sağlaması denebilir. Olgu- ların 3-4 haftalık bir zamanda kendilerini etkile- yen olayları ve hastalık belirtilerini not almaları ve bu notları terapistle birlikte gözden geçirme- leri, hastalığın belirtilerini daha iyi algılamaları- na yol açabilir (Goodyer 1985, Nemzer 1996). Turgay (1990), konversiyon bozukluğu nedeni- yle tedaviye alınan 89 hastayla yaptığı çalışmada, hastaların yaklaşık olarak yarısının ilk bir iki hafta içerisinde tamamen iyileştiklerini, 45 olgu- nun 2-4 haftalık süre içerisinde iyileştiğini ve yalnızca 3 hasta için dört haftadan uzun süreli tedaviye gereksinim duyulduğunu belirtmiştir. Aileyi de içeren bütüncül tedavi yaklaşımının

kullanıldığı çalışmada, anksiyeteyi azaltma, belirtileri içgörü kazandırma, birincil ve ikincil kazançlara duyulan gereksinimi azaltma ve anksiyetenin bedensel ifadesi yerine daha sağlıklı yöntemler geliştirilmesine yardımcı olma amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucunda, küçük yaşta olma, yeterli ego gücünün bulunması, eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalığın bulunmaması, hastalığın süregelen hale gelemiş olması ve aile içinde yoğun çatışmaların bulunmaması ile tedaviye olumlu yanıt arasında anlamlı ilişki bulunduğu belirtilmiştir.

Sonuç

Ülkemizde oldukça sık olarak karşılaştığımız konversiyon bozukluğunun genellikle çocukluk ve gençlik dönemlerinde başladığı belirtilmektedir. Bu yaş gruplarında konversiyon bozukluğunun erişkinliğe oranla çok daha iyi gidişli olduğu ve kendiliğinden iyileşmelere rastlandığı bilinmektedir. Klinik uygulamada en önemli sorunlardan birisi olarak görülen konversiyon bozukluğu-organik hastalık ayırımıdaki zorluklar, hastaların öz ve soygeçmişlerinin ayrıntılı bir biçimde incelenmesi ve hastanın psikiyatrist, pedi-yatrist ve nörologlarla birlikte değerlendirilip tanıya ulaşılmasıyla en aza indirilebilmektedir.

KAYNAKLAR

- Alper K, Devinsky O, Perrine K ve ark. (1993) *Nonepileptic seizures and childhood sexual and physical abuse. Neurology*, 43: 1950-1953.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Bowman ES, Markand ON (1996) *Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. Am J Psychiatry*, 153: 57-63.
- Campo JV, Fritsch SL (1994) *Somatization in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33 (9): 1233-1235.
- Chabolla DR, Krahn LE, So EL ve ark. (1996) *Psychogenic nonepileptic seizures. Mayo Clin Proc*, 71: 493-500.
- Er S (1969) *Histeri epidemisi görülen bir köyde psikososyo-kültürel özelliklerin araştırılmasına ait deneme. Uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İzmir.*
- Fenichel O (1945) *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Çev. Tuncer S, Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir.*
- Futterman EH (1989) *Somatoform disorders in children and adolescents. Psychiatry içinde, Michels R (ed). Lippincot Company, Philadelphia.*
- Good MI (1993) *Hysterical conversion, organic pathology, and DSM IV. Am J Psychiatry*, 150: 6.
- Goodyer IM (1981) *Hysterical conversion reaction in childhood. J Child Psychol Psychiatry*, 22: 179-188.
- Goodyer IM (1985) *Epileptic and pseudoepileptic seizures in childhood and adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 24 (1): 3-9.
- Henrichs TF (1988) *MMPI indices in the identification of patients evidencing pseudoseizures. Epilepsia*, 29: 184-187.
- Hersov L (1985) *Emotional disorders. Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches içinde. M Rutter, L Hersov (eds.), Blackwell Science, London, s: 373-375.*
- Işık E (1996) *Nevrozlar. Kent Matbaası, Ankara.*
- Karacan E, Şenol S, Şener Ş (1996) *Epilepsiye ikincil psikojenik nöbet: iki olgu sunumu. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 3 (3): 144-149.
- Kerimoğlu E, Yalın A (1992) *Histerik, obsesif ve psikosomatik bozuklukları olan çocuklarda karşılaştırmalı bir ön çalışma. 1. Psikosomatik Sempozyumu Bilimsel Yayınları: 248-262.*
- Kerimoğlu E (1996) *Çocuk çağı nevrotik bozuklukları. Nevrozlar içinde, E Işık (ed), Kent Matbaası, Ankara s: 390-393.*
- Lancman ME, Asconape JJ, Graves S ve ark. (1994) *Psychogenic seizures in children. Long term analysis of 43 cases. J Child Neurology*, 9: 404-407.
- Larson BS (1991) *Somatic complaints and their relationship to depressive symptoms in Swedish adolescents. J Child Psychol Psychiatr*, 32: 821-832.
- Maloney MJ (1980) *Diagnosing hysterical conversion reactions in childhood. J Pediatr*, 97:1016.
- McCauley E, Carlson GA, Calderon R (1991) *The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. J Am Child Adolesc Psychiatry*, 30: 631-635.

- Metrick ME, Ritter FJ, Gates JR ve ark. (1991) Nonepileptic events in childhood. *Epilepsia*, 32: 322-328.
- Mrazek DA (1994) Psychiatric aspects of somatic disease and disorders. *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches içinde*. M Rutter, E Taylor, L Hersov (eds.), Blackwell Science, London. s: 706-707.
- Nemzer ED (1990) Psychosomatic illness in children and adolescents. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents içinde*, BD Garfinkel, GA Carlson, EB Weller (eds). Saunders Company, Philadelphia. s: 135-146.
- Nemzer ED (1996) Somatoform disorders. *Child and Adolescent Psychiatry içinde*, M Lewis (ed). Williams & Wilkins, Maryland, s: 693-702.
- Özkan S (1993) *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezion Psikiyatrisi*. Roche, İstanbul.
- Öztürk O (1994) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 5. baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Ryan ND, Pulg-Antich J, Ambrosini P ve ark. (1987) The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 854-861.
- Signh SP (1992) Declining incidence of hysteria. *Br J Psychiatry*, 161: 276.
- Srinath S, Bharat S, Grimaji S ve ark. (1993) Characteristics of a child inpatient population with hysteria in India. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 21: 508-512.
- Stores G (1985) Clinical and EEG evaluation of seizures and seizure-like disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 24 (1): 10-16.
- Şenol S, Saygı S (1993) Bir frontal lob epilepsisi olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4 (2): 130-134.
- Turgay A (1990) Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorders. *Can J Psychiatry*, 35: 585-588.
- Volkmar FR, Poll J, Lewis M (1984) Conversion reaction in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 23 (4): 424-430.
- Weisz JR, Suwanlert S, Chaiyasit W ve ark. (1991) Adult attitudes toward over-and undercontrolled child problems: urban and rural parents and teachers from Thailand and United States. *J Child Psychol Psychiatry*, 32: 645-654.
- Williams DT, Spiegel H, Mostofsky DI (1978) Neurogenic and hysterical seizures in children and adolescents: differential diagnosis and therapeutic considerations. *Am J Psychiatry*, 135: 82-86.
- Wyllie E, Friedman D, Rothner AD ve ark. (1990) Psychogenic seizures in children and adolescents: Outcome after diagnosis by ictal video and electroencephalographic recording. *Pediatrics*, 85: 480-484.
- Yıldız M (1985) Somatoform bozukluklar; etyolojik ve psikopatolojik açıklamalar. *Psychomed* 1 (1): 8-11.