

# EPİLEPSİYE İKİNCİL PSİKOJENİK NÖBET : İKİ OLGU SUNUMU\*

Elvan Karacan\*\*, Selahattin Şenol\*\*, Şahnur Şener\*\*\*

## ÖZET :

*Epileptik ve psikojenik nöbetler birbirlerine benzer özellikler göstermekte ve çoğu kez ayırıcı tanı ve tedavide güçlükler yaşanmaktadır. Her iki tanının aynı hastada bulunması da çok seyrek rastlanan bir durum değildir. Bu yazıda çocuk psikiyatrisi bölümüne başvurma nedeniyle başvuran ve aynı zamanda çocuk nörologisi bölümünde de epilepsi tanısı ile değerlendirilen 13 ve 17 yaşlarındaki iki kız olgunun belirti ve tedavileri yazın eşliğinde tartışılmıştır.*

**Anahtar Sözcükler :** Psikojenik nöbet, epileptik nöbet, konversiyon.

## SUMMARY : PSYCHOGENIC SEIZURE SECONDARY TO EPILEPSY: CASE REPORT

*Epileptic and psychogenic seizures usually have similar symptoms and present particularly difficult problems in differential diagnosis and treatment. Coincidence of these two disorders in the same patient is not rare. In this case study, two female adolescent patients aged 13 and 17 who were referred to child psychiatry and consulted with pediatric neurology because of seizures were discussed in terms of symptomatology and treatment in the light of literatures.*

**Key words :** Psychogenic seizure, epileptic seizure, conversion.

## GİRİŞ

Nöroloji ve psikiyatrinin kurulduğu yıllardan beri epileptik ve histerik nöbetler yoğun bir ilgi konusu olmuş, böylece beden ve ruh hastalıkları arasında ayırım yapılmak istenmiştir. Konu ile ilgili yayınlar gözden geçirildiğinde aynı klinik durumları tanımlamak için histerik nöbet terimi dışında yalancı nöbet (pseudoseizures), konversiyon nöbetleri ve psikojenik nöbet gibi değişik terimlerin kullanıldığı görülmektedir. (Şenol ve Saygı 1993). Ancak hastaların büyük bir bölümünde nöbetlerin davranışsal mekanizması tam anlaşılmadığı için histerik nöbet terimi pek kullanılmamaktadır (King ve ark. 1982). Bu nöbetlerin de gerçek nöbetler olarak kabul edilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. Epileptik niteliğinin olmaması nedeniyle yalancı olarak adlandırılmasının uygun olmayacağı belirtilerek, pek çok yazıda psikojenik nöbet teriminin kullanımı yeğlenmiştir. (Krumholtz ve Niedermeyer 1983).

Psikojenik nöbetlerin epileptik nöbetlerden ayrılması çoğu kez kolay olmamaktadır. Bu iki nöbet tipi birbirine çok benzeyebileceği gibi içiçe geçmiş de olabilir. Erişkin epileptik hastalar arasında nöbetleri psikojenik olanların oranı %5-20, hem psikojenik hem de epileptik nöbeti

olanların oranı %20-30 olarak bildirilmektedir (Shen ve ark. 1990). Erişkinlerle yapılan çalışmalarda epilepsisi olanlarda psikojenik nöbet görülme sıklığının genel populasyondan fazla olması ve pek çok hastada organik beyin patolojisinin saptanması nedeniyle organisitenin psikojenik nöbete yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (Ford 1985). Ayrıca bu davranışların öğrenilebileceği ve stres sırasında ortaya çıkabileceği, antiepileptik ilaç toksisitesine bağlı olabileceği de belirtilmektedir (Goodyer 1985). Tedavisinde güçlük çekilen dirençli epilepsi olgularında psikojenik nöbetlerden kuşkulamak gerektiği vurgulanmaktadır (Lesser ve ark. 1983).

Psikojenik nöbetlerin çocuklarda her yaşta hatta 4 yaş altında bile görülebileceği bildirilmiştir. Fakat genellikle ergenlik döneminde ve kızlarda daha sık olduğu söylenmektedir (Williams ve ark. 1978, Goodyer 1985). 8-18 yaş arası çocuk ergenlerde yapılan bir çalışmada psikojenik nöbetlerin başlangıç yaşı 14, tanı yaşı 14,5 ve kız/erkek oranı 2/1 olarak verilmiştir. Erişkinlerle karşılaştırıldığında çocuk ve ergenlerde prognoz daha iyi olduğu, %73'ünün 1 yıl, %81'inin 3 yıl sonunda nöbetsiz oldukları bildirilmiştir (Wyllie ve ark. 1991).

Bireysel psikoterapi ve aile terapisi bu hastalarda çok faydalı olmaktadır. Çocuklarda görülen psikojenik nöbetlerde anksiyete ve stres reak-

\* 6. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Arş. Gör. Dr., Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.

\*\*\* Doç. Dr., Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.



siyonları önde gelen mekanizmalar iken erişkinde depresyon ve prognozu daha kötü olan kişilik bozuklukları yaygındır (Silver 1982, Goodyer 1985, Wyllie ve ark. 1991). Tanı öncesi atak sıklığı çocuklarda erişkinlere göre daha fazladır. Çoğunlukla haftada birden fazla nöbet olmaktadır. 10 yaş altında psikojenik nöbetlerin nadir olduğu bildirilmiştir. Epileptik olmayan paroksizmal davranışlar sırasında EEG'leri normal çıkan daha küçük çocuklarda manyerizm, parasomniya, hiperventilasyon atakları, katılma nöbetleri, senkop ya da hareket bozuklukları saptanmıştır (Wyllie ve ark. 1990). Psikojenik nöbetleri epileptik nöbetlerden ayıran klinik özellikler oldukça sınırlıdır. Yazında tanıda yardımcı olabilecek bazı klinik farklılıklar bildirilmiştir: Psikojenik nöbet ani ya da yavaş başlangıçlı olabilir ve genellikle epileptik nöbetlerden daha uzun sürer. Bilinç değişiklikleri olabilir fakat ağrılı uyaranlara bir ölçüde yanı verilebilir. idrar ve gaita kaçırma, dili ısırma ve yaralanma genelde olmaz. Aniden sonlanabilir ve post ictal konfüzyon görülmez. Hemen her zaman duygu yüklü bir stres buna neden olur ve sıklıkla başkalarının bulunduğu ortamlarda ortaya çıkar. Hastaların çoğunda motor fenomen tanıyı epileptik aktiviteden uzaklaştırır. Titremeler, hiperekstansiyon yayı, koordine hareketler, bacakları gelişigüzel sallama ve çeşitli mimikler epizodun psikojenik nöbet olduğunu doğrular niteliktedir. (Lewis 1979, Gulick ve ark. 1982, Mulder 1990, Öztürk 1994). Hastalar çoğunlukla nöbetlerin ruhsal yaşantılarıyla olan ilişkisinin farkında değildirler (Ramani ve ark. 1980). Konversiyon bozukluğunda görülen bu nöbetlerden hasta ikincil kazanç sağlayabilirse de simülasyon ve yapay bozukluktan farklı olarak semptomlar çıkar sağlamak için amaçlı olarak çıkartılmadığını ya da böyle bir semptom varmış gibi davranmadığını belirlemek de zor olabilir (Köroğlu 1990). Epilepsisi olan çocuklar hasta davranışı geliştirmeye yatkındırlar. Gerçek hastalığı benimseme ve taklit etme çocukluk çağı konversiyonunda sık görülür (Goodyer 1985). Psikojenik nöbetlerin tanısında laboratuvar yöntemleri son yirmi yıl içinde daha çok değer kazanmıştır. Serum prolaktin seviyesinin epileptik nöbetten sonra attığı fakat psikojenik nöbetlerde değişmediği gösterilmiştir (Yerby ve ark. 1987). Nöbetler sırasında tümüyle normal olan EEG class psikojenik nöbet tanısını desteklerken anormal EEG bulguları psikojenik nöbet

tanısını dışlatamaz. Konvansiyonel EEG, video EEG telemetri ve ambulatuvar EEG moriterizasyon kayıtları ayırıcı tanıyı kolaylaştırmaktadır (Aminoff ve ark. 1988, Nousiainen ve ark. 1989, Meierkord ve ark. 1991).

Bu yazıda çocuk nörolojisi ve çocuk psikiyatrisi tarafından değerlendirilmeye alınan, epileptik ve psikojenik nöbetlerin birlikte bulunduğu düşünülen iki olgunun sunumu yapılacaktır.

### 1. OLGU

A, 17 yaşında, kız, ilkokul mezunu, bekar, ailesiyle birlikte Ankara'da oturmaktadır. Bayılma, sık sık ağlama ve bağırma isteği, boğazı sıkılıyor ve içi yanıyor gibi hissetme, sinirlilik, el ve ayaklarında keçelenme yakınmaları olan A, 13 yaşında başlayan tonik-klonik epileptik nöbetleri nedeniyle başka bir hastanenin nöroloji bölümünde epilepsi tanısı ile izlenmekteydi. Üç yıldır antiepileptik ilaç tedavisinde ve nöbetleri kontrol altındayken son bir yılda yukarıda belirtilen yakınmaları başlamıştır. Bir yıl öncesine dek nöbetleri tüm vücudunun kasılması şeklinde oluyor, bir dakika kadar sürüyor. Bu süre içinde olup biteni hatırlamıyor ve sonrasında bitkinlik ve uygu hali oluyordu. Bir kez dilini ısırması, idrar ve gaita kaçırması olmamıştı. Ayda bir sıklıkla görülen bu nöbetler nöroloji bölümünün başladığı ilaç tedavisi ile kontrol altına alınmıştı. Son bir yıldır ise ilaç kullanımına devam etmesine karşın bayılmaları artmıştı. Kendinden geçme ve sağ bacağında atmalar oluyordu. Bu bayılmaları sırasında çevrede söylenenleri işitebiliyor fakat yanıt veremiyordu. Bunlar iki-üç ayda bir oluyor ve önceki bayılmalarından daha uzun sürüyordu. Dilini ısırması, idrar ve gaita kaçırması, yaralanması olmuyordu. Birşeylere sıkılıp sinirlendiğinde, üzülduğünde kendinden geçiyordu. Son bayılması bir hafta önce işten çıkartıldıktan sonra olmuştu. Eskiye göre neşesi az, gergin ve endişeliydi.

Olgu dört çocuklu çekirdek bir ailenin ikinci çocuğu. Yirmi yaşında bir ablası, on beş ve on üç yaşlarında iki erkek kardeşi vardı. Anne kırk bir yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı; baba kırk altı yaşında lise mezunu, teknisyen olarak çalışıyor. Ailede belirgin bir stres etkeni, kaza, tıbbi hastalık, psikiyatrik belirti ya da bozukluk öyküsü saptanmadı.

A, anne ve babanın istediği bir bebek olarak zamanında, normal yolla doğmuştu. Psikomotor gelişimi normaldi.



Uyku düzeni normaldi. Kardeşleriyle aynı odada ayrı yatakta yatıyordu. Kardeş ilişkilerinde pek sorun yaşanmıyordu. Anne koruyucu, telaşlı ve çocuklarına yakın olmaya çalışan birisi olarak tanımlandı. A anneye babadan daha yakındı ve çoğu sıkıntısını anneye açabiliyordu. Anne çocukların yüzü hep gülsün, neşeli olsunlar isterdi. Baba ile de ilişkilerinde sorunları yoktu fakat babadan çekinmekteydi. A ilkokulda pek başarılı bir öğrenci olmadığı, ders çalışmayı sevmediği için ailenin de yönlendirmeyle okumaya devam etmemiştir. On altı yaşında iken önce bir kuaförde sonra da bir konfeksiyoncudaki işe girmişti. Bir yıl önce bayram tatili sırasında gençlik parkında arkadaşlarıyla gezerken bir askerle tanışıp arkadaş olmuşlardı. Zaman zaman onunla gezmek için işe gitmiyor, annesine yalan söylüyordu. Hastanın cümle tamamlama testindeki şu cümlesi, "Ben hep bir subay arkadaşım olsun isterdim, oldu. Onunla çok günlerimiz oldu fakat benden yararlanmak istedi ve onunla kavga ettik. Onu hala seviyorum. Aramızda bir veda konuşması olmadan askere döndü; ayrıldık mı hâla arkadaş mıyız bilmiyorum", yaşadığı karmaşık duygulanımı anlatıyordu. Bu dönemde bayılmalarının yeniden başladığı öğrenildi. En son bayılma da işinden çıkartıldıktan bir hafta sonra olmuştu. Hasta iş kaybına bağlı olarak ailesine maddi destek veremediği için üzüntülü olduğunu aktarıyordu.

#### **Ruhsal durum muayenesi:**

A, esmer, kısa boylu, şişman bir gençti, yaşından büyük göstermekteydi. Kilo fazlalığı ve yüzündeki kıllanma nedeniyle aynı zamanda endokrinoloji bölümü tarafından da tetkikleri sürmekteydi.

Göz iletişimi kuruyordu. Bilici açık, koopere ve yönelimleri tamdı. Görüşmede rahattı, sözel anlatımı güçlüydü, konuşması amaca varıyordu. Nöbet dönemleri ile ilgili bellek bozukluğu ve arasıra dalgınlıkları vardı. İlk nöbeti 13 yaşında dayken algı bozukluğu ile başlamıştı. Bazen, özellikle geceleri olan isminin çağırılması ya da bir gürültü duyma şeklinde işitsel algı bozuklukları oluyordu. Düşünce yapısı, akışı ve içeriği normal olarak değerlendirildi. İş kaybına bağlı üzüntüsü vardı. Duygulanımında belirgin oynamalar izlenmedi. Zaman zaman durgun ve dalgın görünüyordu. Karşı cins ile ilişkisine ve

geleceğine yönelik kaygıları vardı. Arada öfke ve kızgınlık dönemleri yaşıyordu fakat fiziksel tepkisi yoktu. Benlik saygısı azalmış olarak değerlendirildi.

#### **Tedavi:**

A, bayılma yakınmasıyla acil serviste görüldükten sonra konsültasyon istemi ile çocuk psikiyatrisi tarafından değerlendirildi. Daha önce başka bir hastanenin nöroloji bölümü tarafından başlanan bir antiepileptik ilacı kullandığı öğrenildi. Kontrol EEG'si normal olarak değerlendirildi. Hastanın son bir yıl içindeki nöbetlerinin yaşam olayları ile ilişkili olduğu ve başlangıçtaki nöbetlerinden klinik olarak da farklılıklar gösterdiği düşünüldü. A'nın bu durumu epilepsiye ikincil psikojenik nöbet olarak değerlendirilerek bireysel psikoterapiye alındı. Aynı zamanda epilepsi nedeniyle nöroloji bölümünün izlemine devam etmesi önerildi. Süreç içinde nöbetleri giderek azalan hasta son dört aydır nöbetsiz olarak izlenmektedir.

#### **2. OLGU**

F, 13 yaşında, kız, orta okul birinci sınıf öğrencisi, ailesiyle birlikte Malatya'da yaşamaktadır. İlk kez bir yıl önce vücudunun sağ tarafında başlayan kasılmalar, boynunu karşı tarafa çevirme, gözlerini yukarı dikme ve göz kapaklarında titreme şeklinde nöbet geçirmişti. Bu sırada bilinç kaybı, ağzından köpük gelme, idrar ve gaita kaçırması olmamıştı. 1 dakika kadar sürmüş, 8 ay sonra bir kez daha aynı şekilde kasılması olmuştu. Daha sonra iki üç günde bir kez, 10-15 saniye süren dalmaları başlamıştı. Bir iş yaparken gözlerini bir noktaya dikip dalyor, dışardan gelen sesleri duyuyor fakat yanıt veremiyordu. Bu dalgınlıkları çok önemsenmemişti. Bu sırada okul ve çevre değişikliği olmuştu. Özellikle ilk bir aylık dönemde yeni arkadaşları ile uyum sağlayamamıştı. Ders başarısı azalmış, hırçınlaşmıştı. Hastaneye başvurmalarından bir hafta önce, daha önceki nöbetlerine benzer şekilde günde sekiz-dokuz kez nöbet geçiriyor, bu nöbetlerin olacağını önceden hissedebiliyordu. Bazen eli ile gözlerini kapatarak nöbetin oluşmasını engelleyebiliyordu. Bunun dışında ayda iki kez olan yine sağ tarafında kasılma ile başlayan daha şiddetli nöbetleri oluyordu. Bu nöbetler daha çok uykuda geliyordu. Yalnızca birinde idrar kaçırması olan nöbetlerin sonrasında baş dönmesi oluyordu. Bir gün içinde on üç kez nöbet geçirinince Malatya'da üç gün süreyle hastanede yatırılmıştı. Yapılan beyin tomo-



grafisinde (BT) sulkuslar silik, hafif yaygın ödem; EEG trasesinde sağ temporal bölgede paroksizmal aktivite artışı saptanmıştı. Kontrol tomografisinde sol parietal lobda şüpheli kavernöz oluşum gözlenmişti. Valproik asit başlamıştı. Nöbetlerin kontrol altına alınamaması nedeniyle fenobarbital ve deksametazon eklenmişti. İleriye tetkik ve tedavi için hastanemize sevk edilmişti.

Hasta bu yakınmalarla pediatri servisine yatırılarak, absans nöbet, konversiyon bozukluğu, kompleks parsiyel epilepsi ön tanıları ile çocuk nörolojisi tarafından izleme alındı. On iki gün gözlemlenerek nöbet tipi belirlenmeye çalışıldı. Daha önce yapılan BT sonuçlarının şüpheli olması nedeniyle muhtasılı genleşme görüntülemesi (MG) yapıldı. MG sonucu ve nöbet sonrası prolaktin düzeyi normal olarak değerlendirildi. Serviste yattığı süre içinde günde üç-dört kez sağ tarafında kasılma ve boynunu karşı tarafa çevirme şeklinde 10-30 saniye süren nöbetleri devam etti. F'nin serviste gözlenen bu nöbetlerinde bilinç kaybının olmaması, daha çok yatak içinde yuvarlanma, sağ tarafına dönme, eliyle gözlerini kapatma davranışları nedeniyle servis doktoru tarafından psikojenik nöbet düşünülerek antiepileptik ilacının kesilmesine karar verildi. Bu dönemde çocuk psikiyatrisi tarafından izlenen hastanın ilaç kesilme döneminde de yukarıda belirtilen tipteki nöbetleri ve ayrıca konsültan hekimin ilgisini çekmek amacıyla yaptığı taklit nöbetleri dikkat çekiciydi. Bu nöbetlerinden birinde yanına yaklaşan terapisti gülerken karşılaması ilginçti. F, yaşları 9-13 arasında değişen beş hasta ile aynı odada kalıyordu. Odadaki diğer çocuklarla görüşüldüğünde üç ayrı nöbet tanımlandılar. Hemşire gözlemleri de bu bilgileri destekliyordu. Birincisi arkadaşlarının isteği ile doktorları kandırmak için yaptığı nöbet; diğer ikisi ise söylenenlere yanıt vermediği nöbetler olarak tanımlandı. Bu iki nöbetten bir tanesi uzun sürüyor fakat daha hafif geçiyordu. Diğer nöbet ise seyrek oluyor, şiddetli geçiyor ve sonrasında şaşkınlık ve uyku hali tanımlanıyordu.

F, üç çocuklu çekirdek bir ailenin ilk çocuğuydu. Dört ve iki yaşlarında iki kız kardeşi vardır. Anne otuz dört yaşında, orta okul mezunu, ev hanımı; baba otuz dokuz yaşında, orta okul mezunu, memur olarak çalışıyordu. F istenen bir bebektir. Doğumu ve psikomotor gelişimi normal olmuştur. Hâlen kardeşleri ile birlikte aynı

odada, kendi yatağında uyuyordu. Anne çocuklarına karşı oldukça ilgili, heyecanlı ve hareketli, baba ise daha sakin bir kişi olarak tanıtıldı. F, kendisini her ikisine de yakın hissetmekte ancak kardeşlerini kıskanmaktaydı. Zaman zaman fazlaca ilgi beklemekte ve hırçınlaşmaktaydı. Yaşına uygun kavraması ve araştırıcılık özellikleri olan neşeli bir çocuktur. O kul başarısı bu yıl biraz azalmıştı.

#### Ruhsal durum muayenesi :

F, gelişimi yaşına uygun, hareketli, neşeli bir kız çocuğuydu. Giyimi ve kendine bakımı yerindeydi. İlgi çekmeyi seviyordu. Konuşma ve iletişim şekli yaşından beklenenden daha zengin. Yakınmalarını, özellikle nöbetlerini anlatırken genelde bu neşeli hali değişmiyor, serviste tümüyle sağlıklı bir çocuk izlenimi veriyordu. Görüşmeye istekliydi. Hastanede olmaktan memnundu. Bilinci açık ve yönelimleri tamdı. Konuşması hızlıydı, amaca varıyordu. Dikkati ve konsantrasyonu saptanmadı. Düşünce yapısı ve içeriği normaldi. Anne ve babasının sevgisini kaybetme korkusu vardı. Duygulanımı neşeliydi. Hastalığına karşı kayıtsızdı. Psikojenik ve epileptik bayılmaların yanısıra taklit amaçlı bayılma davranışları vardı.

#### Tedavi:

F, bireysel psikoterapiye alındı. İlk başlangıçta gündüz ve gece gelen nöbetler bizi olgunun nöbetlerinin tamamen psikojenik olduğu düşüncesinden uzaklaştırdı. Ailede, teyze kızlarında da epileptik nöbet öyküsünün bulunması ve anormal BT sonuçları nedeniyle epilepsi olması olasılığı akılda tutuldu. Psikiyatrik fiziksel semptomlu yapay bozukluk ve epileptik bozukluk yönünden de izlemi sürdürüldü. Onikinci gündeki görüşmede F serbest resim çizmek istedi. Resim çizerken sağ kol ve bacağındaki şiddetli bir kasılma oldu. Kalem elinden düştü. Bilinç bulanıklığı oldu. Bu sırada yeniden sorulmak üzere kendisine söylenen "kitap, kalem" sözcüklerini sonraki dönemde hiç hatırlamadı. Hastaya aynı gün EEG video moniterizasyonu yapıldı. İlk gün geçirdiği nöbetlerde anormal bir deşarj saptanmadı. İkinci gece sabaha karşı gelen nöbetinde suplemler bölge nöbeti olarak yorumlanan EEG anomallığı saptandı. Hasta yeniden karbamazepin ile ilaç tedavisine alındı. Olgunun ayaktan izlemi sırasında nöbetlerinin giderek azaldığı dikkati çekti.



## TARTIŞMA

Epileptik ve psikojenik nöbetleri birbirinden ayırmak çoğu zaman kolay olmamaktadır. Epileptik hastalar arasında psikojenik nöbeti olanların %10'nun üstünde olduğu düşünülmektedir. Bunun yanısıra %20-30'lara varan oranlarda epileptik ve psikojenik nöbetlerin birlikte bulunması tanı, ayırıcı tanı ve tedaviyi daha da güçleştirmektedir (Shen ve ark. 1990).

Bu yazıda epileptik nöbetlere psikojenik nöbetlerin eşlik ettiği iki olgu sunulmuştur. Birinci olguda bir yaşam olayı sonunda ilk nöbetlerden farklı özellikleri olan nöbetler ortaya çıkmıştır. İkinci olgu ise başlangıçta yaşanan tanı güçlükleri nedeniyle ele alınmıştır. Her iki olgu içinde epileptik nöbetlere psikojenik nöbetlerin eşlik ettiği düşünülerek çocuk psikiyatrisinden konsültasyon istenmiştir.

Çocuklarda her yaşta, hatta 4 yaş altında bile psikojenik nöbet olabileceği bildirilmektedir (Williams ve ark. 1978, Goodyer 1985). Fakat daha çok ergenlik döneminde görüldüğü, 10 yaş altına çok seyrek olduğu belirtilmektedir (Wyllie ve ark. 1990). 8-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada psikojenik nöbetin ortalama görülme yaşı 14 olarak verilmiştir. Bizim olgularımızdan birinde epileptik nöbetler 13, psikojenik nöbetler 17 yaşında, diğerinde epileptik ve psikojenik nöbetler hemen eş zamanlı olarak 13 yaşında başlamıştır. Psikojenik nöbetlerin kızlarda daha sık olduğu bildirilmektedir (Williams ve ark. 1978, Goodyer 1985, Wyllie ve ark. 1991). Olguların ikisinin de cinsiyetinin kız olması yazın bilgilerini desteklemektedir. Çoğu çekingen duyarlı, başkalarının (anne, baba, eş) istek ve komutlarına uyan, ağır yaşam koşullarına uzun süre "uysal uyum" yapabilen, duygu ve düşüncelerini dışı vuramayan, çocukluktan beri aile içinde özel yer ve sorumluluk yüklenmiş kişilerdir (Öztürk 1976).

Psikojenik ve epileptik nöbet ayırımında prolaktin düzeyi ve EEG tetkiklerinin yanında öykünün de yardımcı olduğu bilinmektedir. İkinci olgu, gerek ailesinde epileptik yüklülüğün olması, gerekse nöbetlerin öğrenilmesi ve taklit edilmesi yönünden önemli bulunmuştur (Goodyer 1985). Erişkin epilepsi hastalarında psikojenik nöbetlerin görülmesi ve pek çok hastada organik beyin patolojisinin saptanması nedeniyle organisitenin konversiyona yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (Ford 1985). İkinci olguda daha önceki BT sonuçları şüpheli

bulunmuşsa da, yapılan MG tetkikinin normal olarak değerlendirilmesi bu şüpheli gidermiştir.

Beyin zedelenmesi ya da epileptik nöbetleri olan çocuklarda psikiyatrik bozukluk görülme olasılığı normal çocuklardan beş katı fazla iken, fiziksel hastalığı olan çocuklardan üç katı daha fazladır. Özellikle fokal epilepsilerde görülen, ancak merkezi sinir sistemi hasarı olmayan davranış bozukluklarının (temporal lob epilepsisinde olduğu gibi) temelini zedelenmiş bölgeden daha çok yayılım gösteren kortikal bozukluktan aldığı ileri sürülmektedir. Wight adası çalışmalarında da özellikle kasılmalar ile belirli ve idiyopatik nedenli epilepsilerde psikiyatrik bozuklukların daha çok olduğu belirtilmektedir (Laufer ve Shetty 1979). Bu da bizim olguların gerek epilepsi türleri gerekse epilepsi dışında kasılmalarının olması ile uyumludur.

Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu ve psikojenik nöbetlerde anksiyete ve stres reaksiyonları önde gelen mekanizmalardır (Silver 1982, Goodyer 1985, Wyllie ve ark. 1991). Olguların her ikisinde de sıkıntı veren bir ya da daha fazla etken (işten çıkarılma ve erkek arkadaş sorununu, okul ve çevre değişmesi gibi.) ve anksiyete bulguları saptanmıştır. Olgulardaki psikojenik nöbetlerin oluşumunda anksiyetenin yanısıra ikincil kazanç güdülemesinin de etkili olacağını, özellikle ikinci olguda bu güdülemenin daha belirgin olduğunu düşünmekteyiz.

Erişkinlerle karşılaştırıldığında çocukluk döneminde görülen psikojenik nöbetlerin sıklığının fazla olduğu dikkati çekmektedir (Wyllie ve ark. 1991). Özellikle yaşı daha küçük olan ikinci olguda günde on üç kez tekrarlayabilen nöbetlerin olması yazın bilgisiyle uyumludur.

EEG video moniterizasyon kayıtları epileptik ve psikojenik nöbetlerin ayırımında önemlidir (Yerby ve ark. 1987, Aminoff ve ark. 1988, Meierkord ve ark. 1991). Çocuk nörolojisi bölümünde yapılan EEG video moniterizasyonu ile ikinci olgunun gece nöbetleri epileptik, gündüz nöbetleri ise psikojenik olarak değerlendirilmiştir. Tedavisinde, nörologlar tarafından sürdürülen anti-epileptik tedavi devam ederken psikojenik nöbetler tarafımızdan davranışçı aile terapileri ile izlenmiştir.

Her iki hastanın kontrollerinde nöbet sıklığının azaldığı görülmüştür ki bu da çocuk ve ergenlerde prognozun yüz güldürücü olduğu ile ilgili yazın bilgilerini desteklemektedir (Wyllie ve ark. 1991).



## SONUÇ

Nöbetin tipinin belirlenmesi, tanı koyma ve gerekli tedavileri uygulama açısından çok önemlidir. Bu noktada çocuk psikiyatrisi ve nöroloji bölümleri bazı zorluklar yaşamaktadırlar. Nörologlar epilepsi tanısını koymakta acele etmek istemezler. Çünkü bu tanı beraberinde uzun süren hassas bir ilaç tedavisini getirmekte, epileptik olarak bilinmek çocuk ve ailesini tedirgin etmektedir. Psikiyatristler ise nöbetlere psikojenik tanısı koyarken olası epileptik nöbet birlikteliğini atlamak istememektedirler. Bu yüzden nörologlar daha çok psikojenik, psikiyatristler ise epileptik nöbetler yönünde düşünme eğilimindedirler İkinci olguda aile yüküklüğü ve hastanın yaşının küçük olması nedeniyle epilepsi tanısı da hep akılda tutulmuş ve EEG moniterizasyonu da bunu desteklemiştir. Çocuk ve ergenlerde nöroloji ve psikiyatri bölümlerinin işbirliği, bu tanılardan birisi konulduğunda, diğer tanının da buna eşlik edebileceği olasılığının gözardı edilmemesi, hastalığın tedavi ve prognozu yönünden önemlidir.

## KAYNAKLAR

- Amlinoff MJ, Goodin DS, Berg BO ve ark. (1988) Ambulatory EEG recordings in epileptic and nonepileptic children. *Neurology* 38:558-562.
- Ford CV (1985) Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics* 26: 371-383.
- Goodyer IM (1985) Epileptic and pseudoepileptic seizures in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Psychiatry* 24: 3-9
- Gulick TA, Spincks IP, King DW (1982) Pseudoseizures: Ictal phenomena. *Neurology* 32:24-30.
- King DW, Gallagher BB, Murvin AJ ve ark. (1982) Pseudoseizures: Diagnostic evaluation. *Neurology* 32: 18-23.
- Köroğlu E. (1995) Psikiyatri 3. Somatoform Bozukluklar. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 106-115.
- Krumholtz A, Niedermeyer E (1983) Psychogenic seizures: A clinical study with follow-up data. *Neurology* 33:498-502.
- Laufer MW, Shetty T (1979) Acute and chronic brain syndromes. *Basic Handbook of Child Psychiatry* içinde, JD Noshpitz (ed). Vol II. Basic Books, Inc., Publishers New York, 387-389.

Lesser RP, Lueders H, Dinner DS (1983) Evidence for epilepsy is rare in patients with psychogenic seizures. *Neurology* 33:502-504.

Lewis M (1979) Differential diagnosis. *Basic Handbook of Child Psychiatry* içinde, JD Noshpitz (ed). Vol II Basic Books, Inc., Publishers New York, 155.

Meicrkord H, Will B, Fish D ve ark. (1991) The clinical features and prognosis of pseudoseizures diagnosed using video-EEG telemetry. *Neurology* 41:1643-1646.

Mulder OG (1990) Management of pseudo-epileptic seizures. *Comprehensive Epileptology* içinde, M Dam, L Gram (eds). Raven press, New York, 495-504.

Nousiainen U, Mervaala E, Ylinen A ve ark. (1989) The importance of the electrocardiogram in ambulatory electroencephalographic recordings. *Arch Neurol* 46:1171-1174.

Öztürk M (1976) Histeri belirtileri gösteren çocukların aile içindeki yeri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 19: (ek 2).

Öztürk MO (1994) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 293-319.

Ramani SV, Quesney LF, Olson D ve ark. (1980) Diagnosis of hysterical seizures in epileptic patients. *Am J Psychiatry* 137 (6): 705-709.

Shen W, Bowman ES, Markland ON (1990) Presenting the diagnosis of pseudoseizure. *Neurology* 40: 756-759.

Silver LB (1992) Case Report: Conversion disorders with pseudoseizures in adolescence: a stress reaction to unrecognized and untreated learning disabilities. *J Am Acad Child Psychiatry* 21: 508-512.

Şenol S, Saygı S (1993) Bir frontal lob epilepsisi olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4: (2) 130-133.

Yerby MS, Belle GV, Friel PN ve ark. (1987) Serum prolactin in the diagnosis of epilepsy: Sensitivity, specificity, and predictive value. *Neurology* 37: 1224-1226.

Williams A, Spiegel H, Mostofsky D (1978) Neurogenic and hysterical seizures in children and adolescents: Differential diagnostic 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.

Wyllie E, Friedman D, Lüders H ve ark. (1991) Outcome of psychogenic seizures in children and adolescents compared with adults. *Neurology* 41:742-744.