

Erken Başlangıçlı Konversiyon Bozukluğu: Bir Olgu Sunumu

Dr. Devrim AKDEMİR¹, Dr. Fatih ÜNAL²

ÖZET

Konversiyon bozukluğu hareket, duyu ve nörovegetatif sistem organlarında tıbbi bir durumla tamamen açıklanamayan işlev yitimi şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu batı ülkelerinde nadir olarak görülmesine karşın, ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerinde bu tanının oldukça sık konduğu bildirilmektedir. Konversiyon bozukluğu ile ergenlerde ve genç erişkinlerde çocuklara göre daha sık karşılaşılmakta, beş yaşın altındaki çocuklarda görülme olasılığı belirgin olarak düşmektedir. Bu yazıda yakınmaları üç yaşında başlayan, bize başvurduğunda sekiz yaşında olan süregenleşmiş ve psikiyatrik tedavi dışındaki yaklaşımlara dirençli bir konversiyon bozukluğu olgusu aktarılmıştır. Ayağa kalkamama, yürüyememe, tamamen yatağa bağımlı olma, her iki bacağında sıçrama tarzında hareketler, kaslarını ve eklemlerini kullanmamasına bağlı kontraktürler ve sürekli yan tarafına eğilerek oturmaktan dolayı sırtında eğrilme yakınmaları ile başvuran bu kız çocuğunun bölümümüzdeki tedavi girişimleri tam bir iyileşme ile sonuçlanmıştır. Yazıda hastalığın klinik belirtileri, bu belirtilerin ortaya çıkışında etkili olabilecek olası etkenler ve bunların ele alınışı, hastanın tedavisi ile ilgili somut adımlar ve izlemi tartışılmıştır. Ayrıca ülkemizde çocuklarda görülen konversiyon bozukluğunun erken tanı ve tedavisinin önemi, tedavide bölümler arası işbirliğinin gerekliliği vurgulanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, konversiyon bozukluğu, somatoform bozukluklar, tedavi

SUMMARY: Early Onset Conversion Disorder: A Case Report

Conversion disorder is defined as the presence of functional impairment in motor, sensory and neurovegetative systems that cannot be fully explained by a general medical condition. In western countries, conversion disorder is rare in children and adolescents. However, clinical studies from our country demonstrated a high frequency of conversion disorder diagnosis in child and adolescent psychiatry clinics. Conversion disorder is more frequently seen in adolescents and young adults compared to children. The likelihood of this disorder in children younger than five years of age is very low. This case report presents an 8 years old patient with conversion disorder diagnosis whose complaints started at three years of age. Her clinical condition had been continuous and resistant to non-psychiatric treatment approaches. Her complaints included inability to stand up and walk, complete bed dependence, presence of jerking type of movements in both legs, contractures as a result of decreased muscle movements and joint use, and presence of curving in her back due to continuous sitting bent to one side. Therapeutic interventions had been successful and the patient completely recovered. In this paper, the clinical presentation of conversion disorder, possible etiological factors and how these factors were handled, concrete treatment strategies and the follow-up of this patient are discussed. In addition, importance of early diagnosis and treatment of conversion disorder in children in our country and requirement of interdisciplinary cooperation in treatment are emphasized.

Key Words: Child, conversion disorder, somatoform disorders, treatment

¹Uzm., ²Prof., Hacettepe Ü Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Ankara.
Dr. Devrim Akdemir e-posta: devrimakdemir@yahoo.com

GİRİŞ

Konversiyon bozukluğu hareket, duyu ve nörovejetatif sistem organlarında organik bir temele dayanmayan işlev yitimi, işlev azalması ya da çoğalması şeklinde tanımlanmaktadır (Öztürk 2001). DSM-IV'e göre konversiyon bozukluğu tanısı konulabilmesi için işlevsel bozukluğun nörolojik ve diğer tıbbi durumlar ya da madde etkisi ile açıklanamaması, psikolojik etmenler ile ilişkili olması, amaçlı olarak ortaya çıkartılmaması, ağrı ya da cinsel işlev bozukluğu ile sınırlı olmaması ve belirgin sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ve diğer alanlarda işlevselliğin azalmasına neden olması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu batı ülkelerinde nadir olarak görülmektedir. Ülkemizde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvurularda bu tanının % 2-3 (Kerimoğlu ve Yalın 1992), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvurularda %3.3 (Avcı ve Arslan 1995) oranında konduğu bildirilmektedir. Konversiyon bozukluğu ile ergenlerde ve genç erişkinlerde çocuklara göre daha sık karşılaşılmakta, beş yaşın altındaki çocuklarda görülme olasılığı belirgin olarak düşmektedir. Bu yazıda yakınmaları üç yaşında başlayan ve bize başvurduğunda sekiz yaşında olan, süregenleşmiş ve psikiyatrik tedavi dışındaki yaklaşımlara dirençli bir konversiyon bozukluğu olgusunun klinik belirtileri, bu belirtilerin ortaya çıkışında etkili olabilecek olası etkenler, hastanın tedavisi ve izlemi aktarılacaktır.

Olgu

T, sekiz yaşında, ilkokul üçüncü sınıfa giden, Güneydoğu Anadolu'da bir kent merkezinde yaşayan bir kız çocuğudur. T'nin yakınmaları ayağa kalkamama, yürüyememe, tamamen yatağa bağımlı olma, sürekli yan tarafına eğilerek oturmaktan dolayı sırtında eğrilme, her iki bacağına sıçrama tarzında hareketler olmasıdır.

T'nin yakınmaları üç yaşında iken başlamış. O dönemde sol ayağını dışarı atarak yürüyor, bacaklarının ağrıdığını söylüyor ve her iki bacağına kucağa alındığında hissedilen, yürümesini bozmayan sıçrama benzeri hareketler oluyormuş. Aile bu belirtinin üzerine düşmemiş ve büyüdüğünde düzeleceğini düşünmüş. Ancak yakınmalarda düzelme olmaması ve her iki bacağındaki (uykuda ve ayakta iken kaybolan) sıçrama hareketlerinin artması üzerine yaşadıkları yere yakın olan bir üni-

versite hastanesine başvurmuşlar. Yapılan elektroensefalografi (EEG), beyin ve omurilik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkikleri normal olan hastaya klinik olarak spinal myoklonus düşünülmüş ve valproik asit ve klonazepam başlanmış. Aile ilaçları birkaç ay kullanmış ve yakınmalarda değişiklik olmaması üzerine bırakmış.

Hastanın yakınmaları her iki bacağına kucağa alındığında hissedilen sıçrama benzeri hareketler şeklinde devam etmiş. Bu hareketler hastanın yürümesi sırasında olmuyor ve herhangi bir iş yapmasını ya da oyun oynamasını engellemiyormuş. Bu nedenle hastanın ailesi önerilen ilaç tedavisine devam etmemiş ve hastayı kontrole götürmemiş.

Hasta 7 yaşına geldiğinde, hastanemize başvurusundan sekiz ay önce bir gün aniden yakınmalarda çok şiddetli artış olmuş. O zamana kadar henüz yürümesinde belirgin bir sorun olmayan hasta o gün uzunca bir süre dışarıda kartopu oynadıktan sonra eve gelip çok üzüldüğünü, kendini yorgun hissettiğini belirterek yatmış. Bu sırada annesi beşinci çocuğuna gebeliğinin son günlerinde imiş ve doğacak bebeğe olan hazırlıklar ile ilgileniyormuş. Babası T'nin kendisini hasta hissetmesine soğukta dışarıda oynamasına izin vermesinden dolayı annesinin neden olduğunu söyleyerek eşine bağırarak tartışmadan kısa bir süre sonra T'nin her iki bacağına çok şiddetli derecede sıçrama tarzında kasılmalar başlamış. Kalçalarını yatağa değdirmekten havada tutuyor, bacaklarındaki kasılmalardan dolayı ne oturabiliyor, ne de ayağa kalkabiliyormuş. Tekrar aynı hastaneye götürülen T'ye önceden kullandığı ilaçlar başlanmış. Bu ilaçlara yanıt alınamaması üzerine steroid (prednisolon) tedavisine geçilmiş. Bu tedavilerden sonra T destekle ayağa kalkabiliyor, dengesini tam sağlayamadan üç dört adım atabiliyormuş ancak bacaklarındaki sıçramalar tam olarak hiç düzelmemiş. Cushing sendromu benzeri yan etkileri nedeniyle steroidin kesilmesinden bir süre sonra T'nin yakınmaları giderek artmış. Her iki bacağına çok şiddetli kasılmalar, ayağa kalkamama, yürüyememe yakınmaları ile daha önce başvurdukları hastanenin çocuk acil servisine getirilen T'ye spinal myoklonusun arttığı düşünülmüş ve midazolam infüzyonu başlanmış ve yatırılarak izlemine karar verilmiş. İzlemi sırasında beş gün human albumin ve plazmaferes, belirtilerin devam etmesi üzerine intravenöz immün globulin tedavisi uygulanmış ve pirasetam ile kloralhidrat tedaviye eklenmiş. Tam kan sayımı, biyokimya tetkikleri, sedimentasyon, EEG, paraneoplastik sendrom ta-

ramak için 24 saatlik idrarda vanilmandelik asit, tüm anatomik bölgelerin bilgisayarlı tomografi ve MRG tetkikleri, kemik ve böbrek üstü bezi sintigrafisi normal bulunmuş ve midazolam infüzyonu kesilerek valproik asit ve klonazepam dozu artırılmış. Ancak yatırılarak izlenen bu bir ayı geçen süre sonunda bulgularının sürmesi nedeniyle ileri tetkik ve tedavi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne gönderilmiş.

T, beş çocuklu çekirdek bir ailenin dördüncü çocuğuymuş. On sekiz ve on bir yaşlarında iki ağabeyi, on dört yaşında bir ablası ve yedi buçuk aylık bir erkek kardeşi varmış. Babası kırk iki yaşında, lise mezunu bir devlet memuru, annesi otuz dokuz yaşında okuma yazması olmayan ev hanımıymış. Planlanan bir bebek olarak hastanede doğmuş. Psikomotor gelişim basamaklarını zamanında tamamlamış. Altı yaşında ilkokula başlamış, okula gitmeden önce okumayı öğrenmiş. Derslerdeki başarısı ve arkadaş ilişkileri iyiymiş. Okulda derslerdeki başarısından dolayı öğretmeni tarafından övülen, arkadaşları tarafından aranan biriymiş. Okul başarısında ya da arkadaş ilişkilerinde bozulmanın olduğu bir dönem olmamış. Yakınmalarından dolayı okula gidemediği için üzülüyormuş. T'nin annesi ve babası yirmi bir yıl önce evlenmiş. Babası çalışkan, insanlara yardımcı olmaktan hoşlanan, çocuklarına özellikle de T'ye düşkün biriymiş. Annesi evi ve çocukları ile ilgili ancak evin dışındaki işleri yalnız başına yürütmekte zorlanan, babası ile karşılaştırıldığında çocukların isteklerine daha fazla hayır diyebilen biriymiş. Onsekiz yaşındaki ağabeyi ondört yıldır devam eden ve yılda bir ya da iki kez olan nöbetlerle olduğu jeneralize tonik klonik tarzda epilepsi tanısı ile izleniyormuş. Ailede herhangi bir ruhsal hastalık yokmuş.

T'nin babası annesini okuma yazma bilmediği ve kendi işini beceremediği için eleştirir, bazen de aşağılayıcı sözler söylermiş. Çocukları arasında okula gitmeden okuma öğrendiği, çalışkan olduğu, kendisiyle yakın ilişki kurduğu, konuşkan ve sevecen olduğu için en çok T'yi severmiş. T, babası eve geldiğinde o gün okulda ve evde olanları babaya anlatır, babasının evdeki diğer kişilerle ilgili hoşlanmayacağını öngördüğü olayları ona aktarır. Örneğin annesinin, babasının borç almamasını söylediği pazarlamacıdan alışveriş yaptığını, ağabeyinin annesinin sözünü dinleyip alışverişe gitmediğini ve annesine bağırdığını babasına söylemiş. Babasına göre T de kendisine çok düşkünmüş. Babası T'nin her isteğini yerine getirir, annesi

T'nin isteklerine karşı çıkarsa annesine bağırmış. Babası onsekiz yaşındaki en büyük erkek çocuğunu asi, sinirli ve söz dinlemez, onbir yaşındaki erkek çocuğunu ise tembel ve sorumsuz bulurmuş. T'nin ondört yaşındaki ablasının da okul başarısı çok iyiymiş ancak o annesi ile daha yakın ilişki kurarmış. Bazen anne ile baba aralarında "o kız senin bu kız benim" diye konuşurlarmış. Anne sık sık T'nin ablasına "sen olmasan ben ne yapardım, benim en büyük yardımcım sensin" diyerek onu övermiş. T de bazen ev işlerinde annesine yardım etmek ister ancak annesi "sen beceremezsin" diyerek engellemiş. Anne zaman zaman babanın T ile çok ilgilenmesini eleştirmiş. T bebekliğinden bu yana anne ve babası ile aynı odada ayrı bir yatakta yatar, bazen de onların yanına gelirmiş. Hastanın bize başvurmasının sekiz ay öncesinde, yakınmalarının şiddetlenmesinden bir süre önce annesi beşinci çocuğuna gebeliğinin son döneminde iken T babasıyla yatmaya başlamış. Annesi de ablası ve ağabeyi ile birlikte ayrı bir odada yatıyormuş. Bebek doğduktan sonra da bu şekilde yatmayı sürdürmüşler.

T yakınmalarından dolayı sekiz aydır okula gidemiyor, yakınmalarının şiddetlendiği dönemlerde ayağa kalkamıyor, yürüyemiyor, son iki aya yakın bir süredir ise tamamen yatağa bağımlı halde yaşıyormuş. T'nin babası, kayınpederinde yirmi yaşlarından sonra başlayan ve titreme ile giden bir nörolojik hastalık olduğu için T'deki bu hastalıktan dolayı anneyi suçluyor, anne de buna karşı çıkıyor ve tartışmalar giderek artıyormuş. Evde T'nin yakınmalarından en çok babası etkileniyor, sürekli onu kucağında taşıyor, bir dediğini iki etmiyor hatta yakınmalarda düzelme olmadığından dolayı intihar etmeyi bile düşündüğü oluyormuş. T'nin babası kendi ağabeyini "bu hastalık düzelmez, ölse de kurtulsanız" dediği için evden kovmuş ve bu hastalık ile baş etmelerinde yardımcı olmuyorlar diye de eşinin ailesi ile görüşmüyormuş.

Hastanın fizik muayenesinde her iki diz eklemünde ve sağda daha belirgin olmak üzere her iki ayak bileği eklemünde kontraktür ve açıklığı sağa bakan skolyozu olduğu, yatarken bacaklarını yerçekimine karşı kaldırabildiği ancak ayağa kalkamadığı ve yürüyemediği görüldü. Ruhsal değerlendirilmede hastanın yaşına göre küçük görüldüğü, öfkeli ve kaygılı olduğu anlaşıyordu. Uzun süreli göz teması kurmadan sorulara kısa olarak ve isteksiz yanıt veriyordu. Sessiz ve içe kapanıktı. Kendiliğinden konuşma ve ilişkiyi sürdürme ça-

bası gözlenmiyordu. Düşünce içeriğine hastalığına ve okula gidememesine ilişkin kaygıları hakimdi.

Cümle tamamlama testinde sık sık hastalığına üzüldüğünü ve iyileşmek istediğini belirtiyordu. İnsan resmi çizme testinde annesi ve babası ile yaşayan beş yaşındaki erkek çocuğun evlerinin bahçesinde erkek bir arslan ile dişi bir keçi bulunduğunu, arslanın ısırarak için çocuğun arkasından geldiğini, çocuğun da ondan korktuğunu anlattı. Projektif bir test olan Gazi Bayer testinde fiziksel ve duygusal gereksinimlerin baba tarafından karşılanması, annenin ise uzak olmasına ilişkin temalar dikkat çekiyordu.

Klinik izlem

Hasta beş hafta süreyle çocuk hastalıkları bölümünde bu bölüm ile işbirliği içerisinde izlendi. Öncelikle rutin tetkiklerine ek olarak beyin ve omurilik MRG ve EEG tetkikleri tekrarlandı. İki saatlik EEG monitorizasyonu ve elektromyografi yapıldı. Yapılan tüm tetkiklerinin normal olduğu görüldü. Hasta çocuk psikiyatrisi-pediyatrik nöroloji ortak konseyinde tartışıldı ve organik bir etyolojiyi araştıran tüm tetkiklerinin normal olması, bugüne kadar yapılan antiepileptik sağaltıma yanıt vermemesi, ayağa kalkamama ve yürüyememe yakınmalarının nörolojik muayene bulguları ile uyumlu olmaması, bacaklarındaki sıçrama hareketlerinin bilinen hareket bozukluklarına benzememesi ve bunlara neden olabilecek psikososyal stres etkenleri bulunması nedeniyle konversiyon bozukluğu düşünüldü. Hastaya organik etyolojiyi araştırmaya yönelik daha fazla tıbbi tetkik yapılmaması ve hastanın almış olduğu antiepileptik ilaçların yavaş olarak kesilmesi kararlaştırıldı.

Hastanın tedavisinde ilaç tedavisi, psikoeğitim, davranışçı tedavi, telkine yatkınlığın kullanılması ve aileyi yapısal anlamda ele alan bir yaklaşım birlikte kullanıldı. Anksiyete belirtilerine yönelik sertralin 25 mg/gün başlandı ve devam edildi. Ailesi çocukta bir beyin hastalığı olduğunu düşündüğünden yakınmalarla ilgili aşırı kaygılı davranıyordu. Tedaviye öncelikle hastanın ve ailesinin bu hastalığa ilişkin bilgilerini arttırmak ile başlandı. Hastaya ve aileye, yapılan tüm tetkiklerin normal olduğu, hastada yakınmalara neden olabilecek bedensel hastalık bulunmadığı, dolayısı ile iyileşme olasılığının yüksek olduğu, duygusal sorunlar ile bedensel yakınmalar arasındaki ilişki anlatıldı. Ailenin, özellikle babanın bu yakınmalara verdiği tepki gözden geçirilerek hastanın bu yakınma-

lardan dolayı ilgi görmesinin ve her istediğinin yapılmasının yakınmaları nasıl pekiştirebileceği tartışıldı. Hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü tarafından değerlendirildi ve ayak bileği ve diz eklemlerindeki kontraktürlere yönelik fizyoterapi almaya başladı. Fizik tedavi bölümü değerlendirmesinde, hastadaki eklem kısıtlılıkları ve egzersizler sırasında ortaya çıkan ağrılar nedeniyle daha yavaş ilerlenebileceği, yürümeye ilişkin egzersizlerin yaklaşık bir yıl sonra yapılabileceğini belirtiyordu. Bu sürenin çok uzun bulunması üzerine hastanın ne ölçüde zorlanabileceğini anlamak için ortopedi bölümünde yapılan değerlendirmede, hastayı ayağa kaldırma ve yürütmeye yönelik zorlayıcı egzersizlerin hastaya zarar vermeyeceği belirtildi. Bundan sonra hastanın ayağa kalkmasına ve yürütmesine yönelik fiziksel egzersizler davranışçı tedavi çerçevesinde kullanıldı. Hastaya hergün iki kez yarımşar saat kararlı bir şekilde ayakta durma ve yürütme egzersizleri yaptırıldı. Yürütmesi tam olarak düzelmeden hastaneden çıkmayacağı, başlangıçta ailesinin hastaneye alınmayacağı, yürütmesinde sağlıklı gelişme olduğu sürece ailesinin hastanede bulunma saatlerinin arttırılacağı belirtildi. Böylece bir yandan hastanın “hasta rolü” ile elde ettiği ikincil kazançların yakınmayı pekiştirmesi söndürülürken, bir yandan da hastanın davranışındaki sağlıklı gelişme olumlu yönde pekiştirildi. Ayrıca egzersizler yaptırılırken her bir basamakta hastaya “senin için zor olduğunu biliyorum ama bunu yapabilirsin” mesajı verilerek bu hastalarda görülen telkine yatkınlık aracılığıyla hastanın yakınmalar üzerinde kontrol geliştirebileceği vurgulandı ve adım adım ayağa kalkması ve yürütmesi desteklendi.

Anne, baba ve çocuk arasındaki ilişki değerlendirildiğinde babanın hastaya aile içinde özel bir rol verdiği, bunun da diğer kardeşlerde ve annede öfke yaratarak ilişkilerini bozabileceği düşünüldü. Babanın hastaya verdiği özel rol gözden geçirildi ve babanın anne ile hasta arasındaki ilişkiyi olumlu yönde arttıracak şekilde otorite rolünü anne ile paylaşması desteklendi. Hasta ile yapılan görüşmelerde hastanın özellikle olumsuz olayları ve duygulanımları anlatamadığı ve yakınmalarına karşı kaygılı olduğu görüldü. Hastanın yaşadığı olaylar sırasındaki duygularına karşı farkındalığının arttırılmasına ve bu duyguların eleştirilmeden, yargılanmadan karşılanabildiğini görmesine yardım edildi.

T tedavinin başlangıcında özellikle ailesinin hastaneye alınmamasından ve ağrısı nedeniyle

le fiziksel egzersizleri yaparken zorlanmasından dolayı çok öfkelenildi ve tedavi ekibi ile iletişim kurmaktan kaçındı. Ancak giderek tedavi ekibi ile ilişkisinin güçlenmesi, yürümeye yönelik çabalarının desteklenip ödüllendirilmesi ve egzersiz öncesi analjeziklerle ağrısının giderilmesiyle öfke ve kaygı duyguları yatıştı ve tedavideki işbirliği arttı. Beş haftalık hastane izleminden sonra hasta ayakta durabiliyor ve desteksiz birkaç adım atabiliyordu. Anne ve babaya tabirculuk sonrasında hastanın kendi kendine yürümesi, yürümesine destek olunmaması ve yakınmalarına ilgi gösterilmemesi gerektiği anlatıldı. İzleminin altıncı ayında hastanın hiçbir yakınmasının kalmadığı, hareket sistemine ilişkin belirtilerin tamamen düzeldiği, ruhsal durum muayenesinin normal olduğu ve okula devam ettiği görüldü.

TARTIŞMA

Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu batı ülkelerinde nadir görülse de, ülkemizde yapılan klinik çalışmalarda çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerine başvuranların önemli bir bölümüne bu tanının konduğu bildirilmiştir (Avcı ve Aslan 1995, Kerimoğlu ve Yalın 1992). Konversiyon bozukluğu ergenlerde ve genç erişkinlerde çocuklara göre daha sık görülmekte, çocuklarda beş yaşın altında görülme olasılığı da çok düşmektedir (Kaplan ve Sadock 1998, Pehlivantürk 1996). Ailenin verdiği öyküden ve daha önceki hastane kayıtlarından olgumuzda yakınmaların üç yaşında başladığı ancak bize başvurmadan sekiz ay öncesine kadar bu yakınmaların kasılmalarla sınırlı kaldığı, hastanın işlevselliğini bozmadığı ve bu nedenle ailenin önerilen ilaç tedavilerine uymadığı anlaşılmaktadır. Dolayısıyla bu olguda üç yaşında başlayan yakınmaların hastanın şimdiki yakınmaları ile ilişkisi ve bu yakınmaların konversiyon belirtisi olup olmadığı tam olarak açık değildir. Yazında konversiyon belirtilerinin görüldüğü en küçük yaştaki çocuğun dört yaşında olduğu bildirilmiştir (Woodbury ve ark. 1992). Olgumuzda üç yaşında iken yakınmaların başladığı dönemde herhangi bir stres etkeni ya da fiziksel bir hastalık nedeniyle ortaya çıkan belirtinin pekiştirilmesi gibi bir durum tanımlanamamaktadır. Bu nedenlerle hastalığın başlangıcının bizim değerlendirmemizden sekiz ay öncesinde, yakınmaların şiddetle artış gösterdiği ve hastanın aniden ayağa kalkamadığı, yürüyemediği ve her iki bacağında şiddetli kasılmaların başladığı dönem olduğu da düşünülebilir.

Ülkemizde konversiyon bozukluğu tanısı alan elli bir çocuk ve ergen ile yapılan bir çalışmada oniki yaşından küçük çocuklarda yanlış olarak konulan organik hastalık tanısının arttığı gözlenmiştir (Pehlivantürk ve Ünal 2000). Bu hastada da yakınmaların erken yaşta başlamış olması konversiyon bozukluğu tanısının konulamamasına ve hastanın yapılan tüm tetkiklerinin normal olmasına karşın uzun süre antiepileptik ilaçlar ile izlenmesine neden olmuş olabilir. Bizim bu olguyu pediatrik nöroloji, ortopedi ve fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümleriyle işbirliği yaparak ele almamız hem tanıda hem de tedavide oldukça yol gösterici olmuştur.

Çocuk ve ergenlerde görülen konversiyon bozukluğunda paralizi ya da yürüme güçlüğü şeklindeki motor ve duruş bozukluklarının sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir (Goodyer 1981, Grattan-Smith ve ark. 1988). Motor belirtilerle giden konversiyon bozukluğunda hastanın normal hareketlerini ve duruş pozisyonunu yeniden sağlamaya yönelik fiziksel rehabilitasyon programlarının yararlı olduğu gösterilmiştir (Krem 2004). Bizim olgumuzda hastanın ayakta durma ve yürümesine yönelik fiziksel egzersizler davranışçı tedavide kullanılmıştır. Çocuklarda görülen konversiyon bozukluğunda davranışçı tedavinin, özellikle ikincil kazançların engellenerek yakınmanın pekişmesini azaltmanın ve sağlıklı davranışın pekiştirilmesinin etkili olduğu belirtilmiştir (Lehmkuhl ve ark. 1989, Mizes 1985). Ayrıca konversiyon bozukluğu hastalarında telkine yatkınlığın bulunduğu ve tedavide bundan yararlanılabileceği gösterilmiştir (Moene ve ark. 2003). Konversiyon bozukluğu ile izlenen hastalarda çoğu zaman yakınmayı sürdürmek ve sonlandırmaya ilişkin çelişkili duygulanımlar olmaktadır. Burada davranışçı tedavi aracılığıyla ikincil kazançların önlenmesi ve sağlıklı davranışın ödüllendirilmesi ile hasta bu yakınmadan kurtulmak istemektedir. Ancak bu yakınmayı bırakabilmesi için de mantıklı bir neden ve çaba gerekmektedir. İşte telkine yatkınlık bu noktada kullanılmış, hastanın davranışçı tedavi ile yapmaya çalıştığı ayağa kalkma ve yürüme egzersizlerinde başarılı olabileceği ve yakınmalar üzerinde kontrol geliştirebileceği vurgulanmıştır.

Bedensel belirtilerin daha çok duygularını anlamlandırmada zorluk yaşayan kişilerde iletişim aracı ve yardım çağrısı olabileceği ve ikincil kazançların hastalığın sürmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir (Pehlivantürk 1996). Tedavide

hastanın duygularına karşı farkındalığının artırılmasına ve bu duygularını eleştirilmeden, yargılanmadan anlatabilmesine olanak verilmiştir. Özellikle babanın bu yakınmalara gösterdiği ilginin bir yandan ikincil kazanç aracılığı ile yakınmaları pekiştirirken, bir yandan da hastanın babası ile ilişkisinde algıladığı cinsel rol tehditini arttırabileceği düşünülmüştür. Aile ile yapılan görüşmelerde aileye ikincil kazançların yakınmaları nasıl pekiştirebileceği gösterilmeye çalışılmıştır.

Olgumuza aile içinde özellikle babası tarafından özel bir yer ve rol yüklendiği açıktır. Histeri belirtileri gösteren çocuklara aileleri tarafından özel bir yer, eş rolü, özel bir iş sorumluluğu verildiği ve bu rolün çocukta erken ve aşırı cinsel rol benimsemesi geliştirerek histeri belirtisi gelişimine katkıda bulunacağı belirtilmektedir (Öztürk 1976). Burada da hastamızın yakınmaları baba ile birlikte yatmaya başladıktan kısa bir süre sonra yani baba ile ilişkisini cinsel bir tehdit olarak algılayabileceği bir durumda ortaya çıkmıştır. Hastanın projektif testlerinde, annesi ile olan ilişkisini soğuk ve uzak bulduğuna, fiziksel ve duygusal gereksinimini baba ile giderirken bir yandan da bu ilişkide tehdit algıladığına ilişkin temalar bulunmaktadır. Klasik psikanalitik kurama göre konversiyon belirtileri bilinçdışı dürtü ve gereksinimlerden kaynaklanan ruhsal çatışmanın yarattığı anksiyetenin bedensel yakınmalara çevrilmesidir (Nemzer 1996). Hastaya aile içinde babası tarafından özel bir rol verilmesi ve hastanın babası ile birlikte yatarak cinsel açıdan uyarılması hastadaki ödipal çatışmayı alevlendirmiş ve yakınmaların ortaya çıkmasını sağlamış olabilir. Bu nedenle tedavide üzerinde önemle durulan nokta aile içi rol karmaşalarının

anlaşılması ve giderilmeye çalışılması olmuştur. Yapılan bu girişime yapısal aile tedavisi bakış açısından da bakılabilir (Minuchin ve ark. 1975). Bu yaklaşıma göre T'nin ailesindeki somatizasyon eğilimini oluşturan bu aile organizasyonu; sınırların ve rollerin tedavi ekibi tarafından yeniden belirlenmesi ile daha az yıkıcı ve daha işlevsel bir yapılanmaya dönüştürülmüştür. Çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu genel olarak iyi seyirlidir. (Pehlivan Türk ve Ünal) (2002) konversiyon bozukluğu tanısı alan 40 çocuk ve ergeni ortalama dört yıl sonra yeniden değerlendirmişler ve %85'inde tam düzelme olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmada hastanın yakınmalarının başlamasından sonraki bir ay içinde tanı konulması, hastanın yakınmaları öncesinde okul başarısının iyi olması ve davranım bozukluğu belirtileri göstermemesi tam iyileşme ile ilişkili bulunmuştur. Bizim olgumuzda yakınmaların başlamasından beş yıl, şiddetlenmesinden 8 ay sonra konversiyon bozukluğu tanısı konmuş olsa da; hastanın okul başarısının ve hastalık öncesi uyumunun iyi olması, davranım bozukluğu belirtileri bulunmaması tedavide iyi sonucun alınmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Bu olgu ülkemizde konversiyon bozukluğunun küçük yaşta çocuklarda da ne kadar şiddetli yakınma ve bulgularla karşımıza çıkabileceğini, konversiyon bozukluğunda organik hastalık tanısı konulmasının hastanın uzun süre gereksiz ilaç almasına neden olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca konversiyon bozukluğunda yakınmaları ortaya çıkaran etkenleri ele almanın ve hastalığın tedavisinde atılan somut adımların aktarımına fırsat tanımakta ve tedavide bölümler arası işbirliğinin önemine dikkat çekmektedir.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev.ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Avcı A, Aslan H (1995) Çocuklarda obsesif kompulsif bozukluk ve konversiyon bozukluğu: Karşılaştırmalı bir klinik çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1): 49-53.
- Goodyer IM (1981) Hysterical conversion reactions in childhood. J Child Psychol Psychiatry, 22: 179-188.
- Grattan-Smith P, Fairley M, Procopis P (1988) Clinical features of conversion disorder. Arch Dis Child, 63: 408-414.
- Kaplan HI, Sadock BJ (1998) Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 8. baskı, Baltimore, Williams&Wilkins, s. 629-645.
- Kerimoğlu E, Yalın A (1992) Obsessive-compulsive disorder and hysteria (conversion reaction) in children. Journal of Ankara Medical School, 14(1): 11-18.

- Krem MM (2004) Motor conversion disorders reviewed from a neuropsychiatric perspective. J Clin Psychiatry, 65(6): 783-790.

- Lehmkuhl G, Blanz B, Lehmkuhl U ve ark. (1989) Conversion disorder: symptomatology and course in childhood and adolescence. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci, 238: 155-160.

- Minuchin S, Baker L, Rosman BL ve ark. (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. Arch Gen Psychiatry, 32(8): 1031-8.

- Mizes JS (1985) The use of contingent reinforcement in the treatment of a conversion disorder: a multiple baseline study. J Behav Ther Exp Psychiatry, 16: 341-345.

- Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA ve ark. (2003) A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. Int J Clin Exp Hypn, 51(1): 29-50.

Nemzer ED (1996) Somatoform disorders. Child and adolescent psychiatry, 2. baskı, M Lewis (Ed), Baltimore, Williams&Wilkins, s. 693-702.

Öztürk M (1976) Histeri belirtileri gösteren çocukların aile içindeki özel yeri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 19:93-107.

Öztürk O (2001) Ruh sağlığı ve bozuklukları. 8. basım, Feryal matbaası, Ankara, s. 389-425.

Pehlivan Türk B (1996) Somatoform bozukluklar. Katkı Pediatri Dergisi, 17(5): 864-878.

Pehlivan Türk B, Unal F (2000) Conversion disorders in children and adolescents: clinical features and comorbidity with depressive and anxiety disorders. Turk J Pediatr, 42: 132-137.

Pehlivan Türk B, Unal F (2002) Conversion disorder in children and adolescents. A 4-year follow-up study. J Psychosom Res, 52: 187-191.

Woodbury MM, DeMaso DR, Goldman SJ (1992) An integrated medical and psychiatric approach to conversion symptoms in a four-year-old. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 31(6):1095-7.

RASİM ADASAL RUH SAĞLIĞI BİLİM ÖDÜLÜ

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