

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

Somatoform bozukluk terimi organik nedenlerle açıklanamayan ve psikososyal ya da duygusal etkenlere bağlı olduğu düşünülen bedensel yakınmalar ve işlev bozukluğu ile ortaya çıkan ruhsal hastalıkları tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Bedensel belirtilerin gelişiminde psikososyal ve duygusal etkenlerin rol oynadığına ilişkin görüşler çok eskiden beri kabul edilmektedir. Somatizasyonun görüldüğü hastalar fiziksel belirtilerden yakınmaktadırlar ya da belirtiler fiziksel patolojiden beklenmeyecek ölçüde abartılıdır. Somatik belirtilerini fiziksel bir bozukluğa bağlayan bu hastalar tıbbi yardım arayışı içindedirler. Bu hastalar hekim yönünden tanısız yaklaşım ve tedavide güçlükler yaratan hastalardır. Organik olarak açıklanamayan fiziksel belirtiler çok eskiden beri çocuklarda sık olarak görülmekte ve pediatri kliniklerinde sorun olmaktadır.

Somatoform bozukluklarda belirtiler, bilinçli olarak ortaya çıkartılmamaktadır. Bunaltı bozukluklarında olduğu gibi psikodinamik açıdan bedensel işlev bozukluğunu ya da bedensel yakınmaların kaynağında da bunaltı vardır. Bu nedenle bunlar gerçekte bunaltı bozukluğu sayılabilir. Fakat klinik görünümüne bunaltı değil bedensel belirtiler egemendir.

DSM-IV ' de somatoform bozukluklar beş özgül ve iki rezidüel tanı kategorisine ayrılmıştır. Özgül somatoform bozukluklar arasında (1) somatizasyon bozukluğu, (2) konversiyon bozukluğu, (3) hipokondriyazis, (4) vücut dismorfik bozukluğu, (5) ağrı bozukluğu yer almaktadır. Rezidüel tanı kategorileri arasında ise (1) farklılaşmamış somatoform bozukluk, (2) başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk bulunmaktadır. ICD-10'da somatoform bozukluklar (1) somatizasyon bozukluğu, (2) ayrışmamış somatoform bozukluk, (3) hipokondriyak bozukluk, (4) somatoform otonomik işlev bozukluğu, (5) inatçı somatoform ağrı bozukluğu, (6) başka somatoform bozukluklar, (7) belirlenmemiş somatoform bozukluk şeklinde sınıflandırılmıştır. ICD-10'da konversiyon bozukluğu DSM-IV'den farklı olarak dissosiatif bozukluklar içinde ele alınmaktadır.

Çocuk ve gençlerde somatoform bozukluklar içinde konversiyon bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu daha sık görüldüğünden, bu yazıda konversiyon bozukluğuna ve somatizasyon bozukluğuna ağırlık verilecektir.

Hipokondriazis: Tanımı hastaya belirgin bir rahatsızlığının olmadığına tıbbi olarak anlatılmasına rağmen hastanın ciddi bir hastalığı olduğuna dair korkularla aşırı uğraşması halidir. Hasta normal vücut duyularını (örneğin, kalp atımlarını, peristaltizm veya hafif derecede öksürmeyi hastalıkmiş gibi yorumlar ve buna dayalı olarak korkar. Barsky bedensel duyuları yoğun hissetmekle hipokondriazis gelişimi arasında bir eğilimin varlığına işaret

etmiştir. Her yaşta olmakla birlikte genç erişkinlikte primer olarak başlar. Sıklıkla anksiyete, depresyon, kompulsif veya narsistik kişilik özellikleri ile ilişkilidir. Somatizasyon bozukluğuna belirgin şekilde benzer, etyoloji ve seyirleri ortak olabilir.

Vücut dismorfik bozukluğu: Normal görünümlü olan bir kişide hayali olarak görünümde bir bozukluk olduğuna dair yoğun düşüncelerle uğraşma halidir. Ergenlerin çoğu ergenlik döneminde dış görünüşleri ile aşırı ilgilenirler. Bedenlerinin görünümünü sürekli sorgularlar. Özellikle bu durum kişinin yaşlılarından belirgin şekilde daha erken veya daha geç puberteye girdiği dönemlerde daha belirgindir. Bu nedenle böyle durumlarda normal ergenlikle vücut dismorfik bozukluğu arasında ayırıcı tanıda özellikle dikkatli olmak gerekir. Bu bozukluğun ayırıcı tanısını ergenlik döneminde yapıp tanıyı koyabilmek zordur. Bildirilere göre bu bozukluk şizoid, narsistik ve obsesyonel kişilik özellikleri ile ilişkilidir. Klinik yargıda özellikle uzamış normal ergenlik, somatik uğraşlar, hipokondriazis ve vücut dismorfik bozukluğu üzerinde ayırım yapılmalıdır.

Phillips ve arkadaşları, vücut dismorfik bozukluğunun diğer somatoform bozukluklardan ziyade daha çok affektif ve obsessif kompulsif bozukluklara yakın olduğunu bildirmiştir. Kendi hasta gruplarından 30 yetişkinin hastalığının ortalama 15 yaş civarında başladığını, iyileşme ve alevlenmelerle seyreden kronik bir seyir gösterdiğini bildirmişlerdir.

Brawman-Mintzer ve ark. (1995) tarafından yapılan bir araştırmada, anksiyete bozukluğu ve major depresyon olan bir grup hastada vücut dismorfik bozukluğu sıklığı araştırılmış, bu bozukluk sosyal fobisi ve obsessif kompulsif bozukluğu olan hastalarda en yaygın olarak bulunmuştur. Sonuç olarak bulgular vücut dismorfik bozukluğunun sosyal fobi ve obsessif kompulsif bozukluk ile ortak etyolojik elemanlara sahip olabileceğini düşündürmektedir.(1)

Ağrı bozukluğu: Klinik tablosunda hiçbir fiziksel bulgu olmaksızın ağrı şikayeti mevcuttur. DSM-IV'e göre iki çeşittir. Birinde psikolojik faktörler önde, diğerinde ise hem psikolojik faktörler, hem de genel tıbbi durumla alakalıdır. Tıbbi duruma bağlı olan ağrı psikiyatrik bir bozukluk değildir. Geçmişte açıklanamayan ağrı ile gelen çocuklar, örneğin tekrarlayan baş ağrıları, göğüs ve bedensel ağrılar konversiyon bozukluğu tanısı almaktaydı. Günümüzde çocuklarda ağrı bozukluğunun konversiyon bozukluğundan ayırmakla ilgili literatür bilgisi çok sınırlıdır. Gerçekte açıklanamayan ağrı çocuklarda sıklıkla diğer konversiyon semptomları ile ilişkilidir.

Farklılaşmamış somatoform bozukluk: Hastada organik açıdan açıklanamayan fiziksel belirtiler olduğunda ve ancak somatizasyon bozukluğu ölçütlerini tümüyle karşılayamadığında bu tanı konur. Tedavisi somatizasyon bozukluğunun tedavisi ile aynıdır.

Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk: Hastanın 6 aydan az süredir belirtileri varsa ve özgül bir somatoform bozukluk ya da fiziksel belirtili uyum bozukluğu ölçütlerini karşılamıyorsa konan tanıdır.

EPİDEMİYOLOJİ:

Çocukluk dönemi konversiyon bozukluğu insidansı ile ilgili az çalışma olup, sonuçlar tartışmalıdır. Konversiyon belirtilerinin genel olarak birincil sağlık hizmeti verilen yerlerde ele alınması ve psikiyatrik değerlendirme yapılamaması gerçek insidansın belirlenmesinde güçlük yaratmaktadır. Yabancı yayınlarda çocuk ruh sağlığı bölümlerinde ayaktan izlenen hastalar için bildirilen insidans %1.3-5 arasında değişirken, bu oran yatan hastalar için % 4-22 olarak bildirilmektedir. ABD’de konversiyon bozukluğu olan çocuklarda yapılan bir çalışmada yalancı nöbet, parezi ve senkop en sık rastlanan belirtiler olarak sıralanırken, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise % 74 yalancı nöbet, % 10 globus histerikus, % 6.9 ekstremitte paralizisi, % 6.9 konuşamama, % 3.4 körlük olarak belirlenmiştir.

Konversiyon bozukluğu özellikle ergenlerde çocuklara göre daha sık görülürken, 5 yaş altında görülme olasılığı çok düşüktür. Prepubertal dönemde kız ve erkeklerde eşit oranda görülürken, ergenlik döneminde kızlarda görülme oranı erkeklerde görülme oranının iki katı daha fazla olmaktadır. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerde ya da kırsal kesimde yaşayan ailelerde konversiyon bozukluğu görülme oranı daha fazladır. Konversiyon bozukluğu batı ülkelerinde daha az görülürken, Türkiye ya da Hindistan gibi ülkelerde daha sık olarak görülmektedir. Burada sosya-kültürel etmenlerin oynadığı rol önemli olmaktadır.

Çocuk ve ergenlerde özellikle açıklanamayan ağrı yakınmaları çok sıktır. Ağrı yakınmaları içinde ilk sırayı başağrısı almaktadır. Toplum taramalarında hergün ya da sıklıkla başağrısı yakınması olduğunu belirten çocuk ve gençlerin oranı % 10-30 arasındadır. Diğer sık görülen ağrı yakınmaları karın ağrıları (%10-25), ekstremitte ağrıları (%5-10) ve göğüs ağrısıdır (%7-15). Ağrı yakınmaları dışında baş dönmesi, bulantı, yorgunluk en sık görülen belirtilerdir. Çocuklarda karın ağrıları gençlerde ise başağrıları daha sık olarak bildirilmektedir. Somatizasyon genellikle polisemptomatik olup yaşla birlikte belirti sayısı da artmaktadır.

Konversiyon Bozukluğu:

Konversiyon bozukluğunda genellikle hareket ve duyu organlarında organik bir temele dayanmayan işlev yitimi, azalması ya da çoğalması söz konusudur. Konversiyon bozukluğu çeşitli duygusal sorunların ve çatışmaların istemli çalışan organlara aktararak bedensel

belirtilere dönüştürüldüğü bir hastalık tablosudur. Hem sensorimotor, hem de otonomik sistem işlev bozukluğu belirtilerinin görülebildiği bu bozukluk herhangi bir fiziksel hastalığı taklit edebilir. Konversiyon bozukluğu ataklar şeklinde ortaya çıkar ve bir ya da birkaç belirtisi olur.

Motor işlevlerde bozukluk, felçler, kuvvet azlığı, güçsüzlük, pitozis, postür bozuklukları ya da astazi-abazi (ayakta durma ya da yürüme güçlüğü) şeklinde ortaya çıkabilir. Ayakta durma ya da yürüme güçlüğü olan çocuklar dengelerini sağlayamaz görünürler ve silkinme hareketleri vardır. Fakat nadiren düşerler ve kendilerine genellikle zarar vermezler. Bazı yazarlara göre bir ekstremitte etkilendiğinde bu genellikle hastanın yaşamını çok engellemeyen, dominant olmayan ekstremitedir ve bu genellikle sol ekstremitedir.

Duyu işlevlerinde bozukluk şeklinde ortaya çıkan konversiyon belirtileri ise en sık çift ya da tek taraflı körlük ya da sağırılık, görme alanı kısıtlılığı, eldiven tarzı anestezi ve paretezilerdir.

Ağrı bir konversiyon belirtisi ile birlikte bulunabilir. Kliniklerde açıklanamayan ağrı yakınması ile gelen hastalar genellikle konversiyon bozukluğu tanısı almaktadır. Fakat ağrı tek belirti ise somatoform ağrı bozukluğu kategorisine alınmalıdır.

Konversiyon belirtileri içinde en sık bayılma, kasılmalar ya da konvülsiyonlar görülmektedir. aynı klinik durumu tanımlamak için çeşitli terimler kullanılmıştır. Bunlar arasında histerik nöbet, konversiyon nöbetleri, psikojenik nöbet, yalancı nöbet, psödo-epileptik nöbetler bulunmaktadır. Ancak hastaların büyük bir bölümünde histerik kişilik özellikleri bulunmadığı için artık histerik nöbet terimi kullanılmamaktadır. Psikojenik nöbetler her tür epileptik nöbeti taklit edebilir. Bu hastalar genel olarak diğer kişilerin yanında korunarak düşerler. Kendilerine zarar verici düşmeleri, dil ısırma, ağızda köpürme, idrar inkontinansı genellikle olmaz. Nöbet uzun sürebilir, uykuda görülmez, nöbet sırasında hasta konuşabilir, ağırlı uyaranlara yanıt alınabilir ve nöbet genellikle ağlayarak sonlanır. Nöbeti başlatan ruhsal stress etkenleri sıklıkla aile tarafından aktarılır. Ayrıntılı öykü, fizik muayene, nörolojik muayene ve tetkikler yapılmasına karşın yine de epileptik nöbetler ile psikojenik nöbet ayırıcı tanısı güç olabilmektedir. Hastaların büyük bir bölümü gerçek epileptik nöbetleri taklit etmede sanatsal bir yatkınlığa sahiptir. Kompleks parsiyel nöbetler içinde frontal nöbetler en sık psikojenik nöbetlere benzemektedir. Bazen aynı hastada hem gerçek epileptik nöbetlerin, hem de psikojenik nöbetlerin birlikte olması da tanıyı güçleştirmektedir. EEG monitorizasyonu yapılmaya başlandıktan sonra daha önce psikojenik nöbet tanısı alan hastaların % 10-30 'unda eşlik eden gerçek epileptik nöbetler olduğu gösterilmiştir. Benzer

şekilde tanı güçlükleri nedeniyle psikojenik nöbet olmasına karşın bazı hastalar gereksiz olarak uzun süre antiepileptik tedavi görebilmektedirler. Küçük yaş, ego güçlülüğü, çocukta ek bir psikiyatrik bozukluğun olmaması, içgörü yetisi, ağır iç çatışmaların ve nörotik savunma düzeneklerinin olmaması, belirtilerin süregenleşmemesi, çocuğun ve ailenin tedaviye uyumu, ailenin major psikiyatrik bozukluğun olmaması, ortaya çıkan belirtilerin ruhsal olduğunu yadsımaması konversiyon bozukluğunun sonlanımını olumlu yönde etkilemektedir. Konversiyon nöbetleri ve epilepsinin birarada bulunduğu olgularda ise iyi sonlanım göstergeleri normal zeka düzeyi, parsiyel epilepsi, minör EEG anomalileri ve hipnoza yatkınlık olarak belirlenmiştir.

Epileptik Ve Psikojenik Nöbetlerin Genel Özellikleri

<u>Epileptik Nöbet</u>	<u>Psikojenik Nöbet</u>
• Bilinç kaybı	• Bilinç kaybı (ve amnezi) yok
• Seyrek olarak başlangıçta çılgılık-anlamsız sesler	• Bağırma, çılgılık,sızlama
• Sterotipik tonik-klonik fazlar	• Kendini yerden yere atma
• Dilini ısırıp zedeleyebilir	• Yaralanma nadirdir
• Refleks bozuklukları vardır	• Refleksler normaldir
• İdrar inkontinansı olabilir	• İdrar inkontinansı çok enderdir
• Uyku görülebilir	• Uyku görülmez
• Siyanoz olabilir	• Solukluk olabilir
• Post-iktal konfüzyon vardır	• Bayılma sonrası konfüzyon yoktur
• Bir günde birden fazla olması nadirdir	• Gün içinde defalarca görülebilir

Konversiyon bozukluğu sıklıkla hızlı bir başlangıç gösterir. Fakat yavaş seyir gösteren olgularda vardır. Bazen tek bir belirti varken, bazen de çeşitli ve değişen belirtiler olabilir. Çocuklarda konversiyon belirtileri belirgin bir psikolojik stres sonrası ortaya çıkar. Bu ailelerde genellikle çatışmalar ya da iletişim güçlükleri vardır. Belirti (örneğin geçici körlük, afoni, alt ekstremitede felç), bedensel bir görünüme bürünmüş bilinçdışı içsel bir çatışma ikincil kazanç sağlar. Anksiyeteyi azaltıp altta yatan çatışmanın bilinç düzeyine çıkmasını önlerken bir yandan da istenmeyen etkinlik ya da sorumluluklardan kaçış sağlar. Buna örnek olarak, babasına hem vurmak isteyen, hem de bundan korkan bir ergende sağ kol felci gelişmesini gösterebiliriz. Konversiyon bozuklukları çocuklarda belirgin bir psikososyal

stressör (sıklıkla cinsel nitelikte) ardından ortaya çıkmaktadır. Hastalığa ilişkin kaygının görülmemesi (la bella indifference) konversiyon bozukluğunda gözlenebilir, fakat bu bulgu çocuklarda değişkenlik gösterdiği için konversiyonun tipik bir özelliği olarak düşünülmemelidir.

Konversiyon belirtileri tüm kişilik tiplerinde görülebilir, fakat histeriyonik kişilik özellikleri gösteren çocuklarda yatkınlığın daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bu çocukların engellenme eşikleri düşük, ben-merkezcil, immatür ve bağımlı çocuklar olduğu belirtilmektedir. Bazı çalışmalarda da konversiyon bozukluğu olan çocukların aşırı uysal, uyumlu, suçlanma eğilimi olan ve mükemmeliyetçi çocuklar olduğu bildirilmiştir. Birçok araştırmaya göre konversiyon belirtileri tek başına bir bozukluk olmayıp uyum bozukluğu, ayrılık kaygısı, depresyon, psikoz, organik beyin sendromu gibi diğer psikiyatrik bozuklukların bir parçasıdır. Paralizi gibi uzayabilen konversiyon belirtileri kas atrofilerine, kemiklerde demineralizasyon ve kontraktürlere neden olabilir. Diğer bir tehlike de tanı koyabilmek için yapılan çeşitli tetkiklerin, ilaç tedavilerinin ya da gereksiz cerrahi girişimlerin yarattığı iatrojenik sorunlardır.

Chabolla DR ve ark. (1996) tarafından yapılan araştırmada, psikojenik non-epileptik nöbetlerin tek çeşit başlangıç belirtisi yoktur. Çeşitli etyolojik faktörler ortaya çıkmasına neden olabilir. Ancak önemli bir nokta bu nöbetlerin epileptik nöbetler kadar disabiliteye(yeti yitimi) neden olabilmesidir. Sıklıkla bilinç altı düzeyde oluşur. Hastanın bunlar üzerindeki kontrolü yoktur. Tedavi mevcut psikiyatrik bozukluğa göre yapılır. İyi prognostik faktörler kız çocuğu olması, bağımlı yaşam özelliklerinin olmaması, normal EEG bulguları, zekasının yüksek olması, daha önce psikoterapi görmüş olmaması sayılabilir.(2)

Somatizasyon Bozukluğu:

Somatizasyon bozukluğu çeşitli, açıklanamayan bedensel yakınmaların olduğu kronik, tekrarlayıcı, polisemptomatik bir sendromdur. Daha çok erişkin kadın hastalarda görülür. DSM-IV 'e göre somatizasyon bozukluğu tanısı koyabilmek için birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışları ile ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve otuz yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsü olması gerekmektedir. Çocuk ve ergenlerde somatik belirtilerin sıklıkla görülmesine karşın somatizasyon bozukluğu tanısı erişkin dönemi öncesinde nadiren konmaktadır. Çünkü erişkinler için geliştirilen tanı ölçütleri kullanılmakta ve bu tanı ölçütlerinin çocuklar için fazla olması ve kronikleşme şartı aranması bu tanının konulmasını güçleştirmektedir. Çocuklarda çok sayıda somatik belirti olmasına karşın erişkin tanı ölçütlerinde menstruasyon, gebelik ve cinsel ilişkiyi içeren belirti listesi olması nedeniyle

prepubertal çocuklarda tanı koymak mümkün olamamaktadır. Bu nedenle çocuklara uyarlanmış tanı ölçütlerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Bu tanı güçlüğüne karşın erişkin hastalar ile yapılan çalışmalarda somatizasyon bozukluğu tanısı alan hastaların % 20'sinin yakınmalarının ergenlik öncesi başladığı görülmektedir. Çocuklarda somatizasyon bozukluğu tanısı tartışmalı olmasına karşın prepubertal dönemde bu tanının geçerliliğini destekleyen bazı araştırmalar da vardır. 1985 yılında Livingston ve Martin-Cannici DSM-III somatizasyon bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan 10-12 yaş arası beş çocuk bildirmişlerdir.

Somatizasyon bozukluğu genellikle ergenlik döneminde başlar. Kliniklere başvurmayan ergen toplumunda bile somatik kaygı insidansı yüksektir. Tarama çalışmalarında çocuk ve ergenlerin % 40'ının sağlıklarına ilişkin sıklıkla kaygılı oldukları, % 20'sinin ise her zaman kaygılı oldukları görülmektedir. Kızların erkeklere göre daha kaygılı oldukları belirtilmektedir.

Çeşitli somatik yakınmalar en sık erken ergenlik döneminde görülmektedir. Karın ağrısı erken çocukluk döneminde sıklıkla bulunurken yaş ilerledikçe baş ağrıları ve ekstremitte ağrıları daha belirgin olmaktadır. Özellikle kızlarda puberte başlangıcı sırasında somatik belirtilerde artma olmaktadır. Çocukluk döneminde somatik belirti görülme oranı kız ve erkeklerde eşit iken ergenlik döneminde kızlarda belirgin olarak daha yüksek olmaktadır.

Çocuk ve gençlerde somatizasyon sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar ile birliktelik göstermektedir. Bu hastalarda özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları görülmekte olup, anksiyete bozuklukları içinde de en sık ayrılık kaygısı bozukluğu ve panik bozukluğu somatizasyona eşlik etmektedir. Somatizasyon akademik ve sosyal işlevsellikte belirgin bozukluk yaratabilir. Okul kaybı akademik başarıyı etkileyebilir. Bu çocuklar yaşıt ilişkilerini sürdürme güçlüğü yaşarlar. Yaşa uygun gelişimsel konuların üstesinden gelemeler. Anne babaya aşırı bağımlılık ve düşük benlik saygısı sıktır. Aşırı başarılı kızların erkeklere göre kronik somatik şikayetlere daha yatkın olduğu görülmektedir.

Somatizasyon bozukluğu olan erişkin kadınlar ile yapılan çalışmalarda çocukluk dönemlerinde cinsel taciz olduğu gösterilmiştir. Bu durum çocuk ve ergenler için geçerli olabilir.

Tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel belirtilerin beraberinde getirdiği bazı güçlükler de vardır. Bunlardan birincisi açıklanamayan fiziksel belirtileri olan çocukta henüz tüm belirtilerinin ortaya çıkmadığı altta yatan gerçek bir fiziksel hastalık olma olasılığıdır. Somatizasyon olarak ele alınan çocukların bir bölümünde izleme sırasında gerçek organik patolojilerin olduğu bazı araştırmalarda gösterilmiştir. İkinci olarak yaşanan güçlük, olası fiziksel nedenleri araştırmak için tetkiklerin ne kadar yapılması gerektiğinde yaşanan

belirsizliktir. Yoğun tetkiklerin çocuk ve aile üzerinde hastalığın oluş nedeni ile ilgili organik bir patoloji olduğu şüphesini artırma riski vardır. Bazen bir belirtinin şekli fiziksel bir neden olmadığını gösterebilir. Benzer şekilde bir belirti çevresel bir stress kaynağı ile eş zamanlı olduğunda hikaye ve muayene tanı için yeterli olabilir. Fakat diğer taraftan psikolojik etkenlerin belirgin olduğu bazı durumlarda çocukta fiziksel bir hastalık da olabilir ve psikolojik olduğu düşünüldüğü için gerekli bazı tetkikler yapılmayabilir. Bu nedenle psikiyatrist ile pediatrist arasında sıkı işbirliği çok önemlidir. Üçüncü güçlük hastalıkların oluş nedeni ile ilgili bilgilerimizin kısıtlı olmasıdır. Geçmişte birçok hastalık organik olmasına karşın psikojenik olarak ele alınmıştır.(Örneğin Crohn hastalığı, narkolepsi ve astma gibi) Bu nedenle özellikle nedeni açıklanamayan ağrı gibi bazı olguların psikojenikten çok kriptojenik (oluş nedeni iyi belirlenememiş) olarak ele alınması daha uygundur. Dördüncü olarak organik bir hastalık ile psikojenik olan bir bozukluğun birlikte görülme olasılığıdır. Epilepsisi olan bir çocukta aynı zamanda yalancı nöbetlere rastlama olasılığı da vardır. Bu gibi güçlükler bu bozuklukların prevalansı ile ilgili gerçek değerlerin elde edilmesini çok güç bir hale getirmektedir.

Garralda ve ark. (1996) tarafından yapılan çalışmada, olguların bir kısmında minör fizyolojik disfonksiyon rol oynayabilir ve sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklar birlikte bulunabilir. Bu duruma katkıda bulunan ailesel faktörler şunlardır: Yüksek oranda sağlık problemi, ebeveynler arasındaki psikolojik gerilim, hastalık davranışının ailede modelleme ve güçlendirme şeklinde mevcut olması, somatizasyonu ailelerdeki duygusal yakınlığa, sağlık sorunları çevresinde bir araya gelme alışkanlığına ve çocukların sosyal ilişkilerindeki anormalliklere bağlayan bir takım kanıtlar vardır. Çocuklardaki somatizasyon kognitif davranışçı tedavilere ve pediatristin psikolojik yönelimli önerilerine yanıt verebilir.(3)

Atlas ve ark. (1995) tarafından yapılan bir araştırmada, fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olan ergenlerde dissosiyatif ve somatizasyon skorları daha yüksek düzeydedir.(4)

Poikolainen ve ark. (1995) tarafından yapılan bir araştırmada, son 12 ayda ciddi hastalık, koma veya yaralanma öyküsü olmayan ergenler değerlendirilmiş. Kız öğrenciler arasında somatik semptomların ailede ciddi hastalık veya yaralanma, ebeveynler arası tartışma, erkek ve kız arkadaşları ile ayrılma ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuş. Erkek öğrencilerde semptomlar ebeveynlerden birinin evden uzak olması, kardeşlerle sorunlarla pozitif ilişkili olduğu bulunmuş. Ayrıca her iki cinste sınav başarısızlığı ile somatik semptomlar ilişkili olarak değerlendirilmiş. Bu bulgularla mental risk faktörlerinin ergenlerde somatik semptomlarla kuvvetli bir bağlantısı olduğu izlenimine varılmıştır.(5)

Livingston ve ark. (1995) tarafından yapılan bir araştırmada, ailede somatize etme eğilimi varsa, çocuklarda da acile daha fazla başvurma, daha fazla okul devamsızlığı, daha fazla suicidal davranışlar görölmektedir.(6)

ETYOLOJİ:

1- Psikodinamik açıklama: Psikodinamik açıdan konversiyon, bilinç-dışı çatışma , istek ya da gereksinimlerin somatik bir işlev bozukluğuna döndürölmesidir. Ortaya çıkan belirti bunaltı ile ilgili bir dürtüyü ya da çatışmayı simgeleştirir ve bireyi bunaltıdan korur. Bunaltının bir işlev bozukluğuna döndürölmesi yalnız bunaltının yatıştırılmasına (birincil kazanç) değil, aynı zamanda bireyin bir hasta olarak bakılmasına, sorumluluklardan bir süre uzak tutulmasına da yarayacaktır (ikincil kazanç). Hastanın hoşa gitmeyen bir duygu ya da iç çatışmalarından kurtulması, çevresindeki kişilerden ilgi ve şefkat görmesi, olumsuz davranışların kalkması, sorumluluklardan kaçma gibi kazançlar ve sosyal pekiştirme de hastalığın devamında önemli rol oynamaktadır. Fakat hem birincil, hem de ikincil kazançlar bilinçdışıdır ve bu kazançlar nedeniyle hastayı suçlamak, numara yapıyor düşüncesi ile kızmak yanlıştır.

2- Biyolojik etkenler: Özellikle somatizasyon bozukluğunun etyolojisinde genetik faktörlerin rol oynayabileceği düşünölmektedir. Somatizasyonu olan çocuğun ailesinde de sıklıkla çeşitli somatik belirtilerin olduğu görölmektedir. Fakat ikiz çalışmaları bu konuda yeterli bilgi vermemektedir. Az sayıdaki ikiz çalışmalarında genellikle eş hastalanım (concordance) oranları düşük bulunmaktadır. Yüksek oran bulunan çalışmalardan biri 21 dizigotik ve 14 monozigotik ikiz ile yapılan bir çalışma olup, eş hastalanım oranı dizigotik ikizlerde % 10, monozigotik ikizlerde % 29 olarak bulunmuştur. Fakat bu çalışmada da somatoform bozuklukların etyolojisinde çevresel etkenlerin rol oynadığı düşünölmüştür.

3- Öğrenme kuramı: Ufak bir kazaya uğrayan ya da hastalığı olan çocuk hızlı bir şekilde hasta rolünün getirdiği yararları öğrenebilir ve düzelme isteksiz olabilir ya da tekrarlayabilir. Özellikle anne ve babanın hastalık ile ilgili endişeleri, merakları belirgin olursa, hastaya hastalık rahatsız eden sorumluluklardan kurtulmayı sağlıyorsa belirtiler tekrarlayabilir. Benzer şekilde aile üyelerinde hastalık modelinin olması somatoform bozuklukların gelişimi ile yüksek düzeyde korelasyon göstermektedir.

4- Aile sistem kuramı: Bu kurama göre belirli aile işlev biçimleri çocuklarda somatik belirtileri başlatabilir ya da somatik belirtilerin aile sistemi içinde aile işlevselliğini koruyan, devam ettiren, belki de çatışmayı önleyen özel bir işlevi vardır. Örneğin bir ailede çocuktaki belirtiler ailenin birarada kalmasını ve parçalanmamasını ya da süregiden çatışmaların son bulmasını sağlayabilir. Bu hastaların ailelerinde özellikle evlilik sorunları olduğu bildirilmektedir.

5- Duyguların ifade edilmesi ve iletişim: Duygularını kolay ifade edemeyen kişilerde fiziksel belirtiler kişinin beden dili olur. Bu belirtiler bir çeşit iletişim aracı ya da yardım çağrısıdır. Benzer şekilde duyguların ifade edilmesi aile içinde engellenen, istenmeyen bir davranış ise bu tutum, sıkıntısı olan çocukların fiziksel belirti geliştirmesine neden olacaktır.

6- Toplumsal ve kültürel etkenler: Kültürel etkenler somatizasyona eğilim ya da somatik belirtilerin seçiminde önemli rol oynarlar. Baskıcı, tutucu ve dindar kültürlerde cinsel dürtülerin bastırılması ya da düşünce ve duyguların serbest olarak ifade edilememesi konversiyon belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Psikiyatrik bozuklukların iyi karşılanmadığı toplumlarda, anksiyete ya da depresyonu olan kişiler, psikolojik yakınmalar yerine fiziksel yakınmalar ile psikiyatrik yardım arayışı içinde olabilirler.

Dr. Mualla Öztürk ‘ Histeri belirtileri gösteren çocukların aile içindeki özel yeri’ başlıklı araştırmasında hastalara ailelerde özel bir yer, eş rolü, özel iş sorumluluğu verdiğini, bu aile içi rol görüntüsünün erken ve aşırı bir cinsel rol benimsemesi geliştireceği, bunun da çocukta histerik semptom gelişmesine uygun bir kişilik oluşturabileceği kanısına varmıştır.

KLİNİK:

Çocuk ve ergenlerde çok değişir. Bozukluğun türü, şiddeti, çocuğun ve ailenin psikopatoloji düzeyi katkıda bulunan etkenlerdir. Konversiyon bozukluğu olan pek çok çocuk tedavi erken başlarsa çabuk iyileşir. Bazı konversiyon belirtileri tedaviye bile gerek kalmadan geçer. Diğer bazıları süregenleşir. Bazı çalışmalarda çocukluktaki konversiyon bozukluğunun erişkindeki somatizasyon ya da anksiyete bozuklukları gibi başka psikiyatrik bozuklukların gelişimine işaret ettiği öne sürülmektedir (Pemoroy ve Stewart 1981). Özellikle konversiyon bozukluğu olan erkek çocukların erişkinlikte kişilik bozuklukları geliştirdiklerine inanılır (Chess ve Hassibi 1978)

Bir uzun dönem izleme çalışmasında (Caplan 1970) dikkatli bir değerlendirmenin gerektiği vurgulanmıştır. 28 hastalık bu çalışmada 4-11 yıl izlenen hastaların % 46’sında belirtiyi açıklayacak tıbbi bir hastalık tanısı tesbit edilmiştir. Bu durum özellikle görme kaybının ilk yakınma olduğu durumlarda geçerlidir.

Çocuk ve ergenlerde somatizasyon bozukluğunun seyri dalgalıdır ve genellikle erişkinlikte süregen forma dönüşür. Belirtiler yerleşmeden önce erken tanı ve tedavi önemlidir. Hipokondriaziste de erişkinliğe uzanan alevlenme ve düzelmelerle nitelenen bir gidiş vardır. Bu hastalar psikoterapötik girişime özellikle dirençlidir. Ergenlikte başlayan kronik kurgusal bozukluk da süregen ve bireyde ağır yetersizlikler yaratan bir seyir gösterebilir. Bu durum istikrarlı bir iş yaşamına ya da tutarlı kişiler arası ilişkilere engel olur. Tedavisi genellikle güçtür. Bedensel belirtilerle seyreden uyum bozukluğunda, diğer uyum

bozukluklarında olduğu gibi çevresel stressörlerin ortadan kalkması durumunda prognoz iyidir.

AYIRICI TANI:

1- Simulasyon: Konversiyon bozukluğu pediatri kliniklerinde sıklıkla simulasyon (temaruz) ile karıştırıldığı için öncelikle bu yönde ayırıcı tanının yapılması uygun olacaktır. Simulasyon, belirgin bir çıkar sağlamak için hastalık belirtilerinin bilinçli olarak ortaya çıkartılmasıdır. Simulasyon daha çok erişkinlerde görülür ve başlıca özelliği askere gitmek ya da askeri bir görevi üstlenmekten kaçma, işten kaçma, maddi tazminat alma, cezai takibattan kurtulma ya da ilaç elde etme gibi dış uyaranlar nedeni ile yapılan amaçlı olarak doğru olmayan ya da abartılı fizik, psikolojik semptomlar çıkarmaktır. Çocuklarda simulasyonun ayırıcı tanısı çok zordur, çünkü konversiyon bozukluğu ya da somatizasyon bozukluğu da okul kaybı olabilir. Somatoform bozukluklarda etkenlerin çok çeşitli ve karmaşık olmaları nedeni ile özellikle çocuk ve ergenlerde simulasyon tanısı koymaktan kaçınmak en doğru yaklaşımdır. Temaruz, semptomların amaçlı olarak ortaya çıkarılışı ve buna eşlik eden açık dış uyaranlarla ilgili ortaya çıkışı ile de konversiyon bozukluğundan ve diğer somatoform bozukluklardan ayrılır.

2- Yapay bozukluk: Fizik ya da psikolojik belirtilerin amaçlı olarak ortaya çıkartılması ya da bu tür belirtilerin varmış gibi davranılmasıdır. Bu davranışın altında yatan motivasyon kişinin hasta rolünü benimsemesidir. Böyle davranmayı gerektiren dış etken (simulasyonda olduğu gibi ekonomik kazanç sağlamak, yasal sorumluluktan kaçınmak ya da daha iyi koşullarda yaşamak için gibi) yoktur. Yapay olarak üretilen belirtilere örnek olarak deri altına madde enjekte ederek abse oluşturma, antikoagölan gibi ilaçları içme verilebilir. Daha çok erişkinlerde görülmesine karşın nadiren ergenlerde görüldüğüne ilişkin yazılar da vardır.

3- Gerçek fiziksel hastalık

4- Diğer psikotik bozukluklar: Duygulanım bozukluklarından özellikle depresyon çocuklarda çeşitli somatik belirtiler ile kendini gösterebilir. Ayrılık kaygısı bozukluğu, fobik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarında da çeşitli bedensel belirtiler olabilir. Ayırıcı tanıda psikotik bozukluklar ve organik beyin sendromu da düşünölmelidir.

TEDAVİ:

Çocuk psikiyatrisinde hasta değerlendirme çocuğun ve ailenin birlikte ele alınması ve ayrıntılı görüşmelerle yapılır. Burada çocuğun davranım özellikleri, gelişim düzeyi yanısıra aile etkileşimleri de gözden geçirilir ve tanı, psikiyatrik tanı, tıbbi tanı ve aile dinamikleri formölasyonu bazında açıklık kazandıktan sonra tedavi planlanır. Burada çocuğun gelişim düzeyi, içinde yaşadığı aile ortamı ve tedaviye gösterecekleri uyum göz önünde

bulundurularak daha çok bütüncül bir yaklaşım kullanılır. Psikodinamik, destekleyici bilişsel ve davranışçı tekniklerle bireysel psikoterapi, aile terapisi, grup terapisi, oyun terapisi çocuk ve aileye uygun biçimlerde tek tek ya da kombine halde uygulanabilir. Terapide terapist ve çocuk arasındaki ilişki en önemli tedavi edici öğedir. Bu ilişkinin olumlu, dostça ve yardım edici nitelikte olması gerekir. Terapistin ilk yapması gereken, güven ilişkisini sağlamak ve çocukta tedaviye yönelik motivasyonu oluşturmaktır. Çocuklarda erişkinlerden farklı olarak terapiyi etkin kılan gelişimsel güçler vardır. Çocuğun özellikleri oyun ve terapi süreci içinde çok güzel sergilenebilir ve kullanılabilir. Çocukların psikoterapisinde oyun-oyun odası ve her türlü oyuncuğun geniş bir kullanım alanı vardır.

Psikodinamik yaklaşım çocuğun bilinçdışı çatışmalarına içgörü kazandırmaya ve psikolojik etkenlerin bu belirtilerin devamını nasıl etkilediğini anlamasına yardımcı olur. Somatoform bozukluğu olan bir çok çocuk çekingen, güvensiz ve duygularını ifade etme güçlükleri olan çocuklardır. Bireysel tedavinin diğer amaçları çocuk ve gençlerin benlik saygılarını, kendilerine güven arttırmak ve sıkıntıyı somatik olmayan yollar ile anlatmayı öğretmektir. Belirtinin devamını sağlayan ikincil kazançların tanımlanması ve kaynakların ortadan kaldırılması çok önemlidir.

Psikosomatik çocuklar sıklıkla fiziksel duyumlara çok duyarlı olup, bu duyumları yanlış yorumlayabilirler. Fizyolojik mekanizmaları açısından hastaları eğitmek gerçek hastalık belirtilerinden normal ya da anksiyeteye bağlı bedensel duyumları ayırtmelerine yardımcı olur, hastayı anksiyete ile başedebilmeye hazırlar. Relaksasyon eğitimi ve desensitizasyon faydalıdır. Gerilim tipi baş ağrılarda veya bazı psikofizyolojik semptomların kontrolünde bio-feedback etkin bulunmuştur.

Konversiyon ve somatizasyon bozukluğu tedavisinde aile tedavisi ve anne baba rehberliği gereklidir. Aile danışmanlığı veya aile tedavisi somatoform bozuklukların tümünde etkilidir. Böylece ebeveynler etkileşim şekilleri, aşırı sıkı tutumları veya aşırı koruyucu tutumları hakkında fikir sahibi olurlar. Anne, baba ve çocuklar aile içi etkileşimlerin somatizasyonu nasıl beslediğinin farkına varırlar. Aile tedavisinin amaçları daha sağlıklı aile ilişki modellerini geliştirmek ve iletişimi düzeltmektir. Evlilik ilişkisindeki sorunlar da iyi araştırılmalıdır.

Grup tedavisi yardımcı olabilir. Bu çocuklar genellikle yaşlıları ile ilişkileri bozuk olan çocuklardır. Grup tedavisi içinde somatizasyonu olan çocuk ilişkilerde daha iyi başetme stratejileri geliştirebileceği yönünde desteklenebilir, anne babaya olan bağımlılığı azaltılabilir ve sosyal yetiler kazandırılabilir.

Ayrıca allta yatan ya da eşlik eden duygularınım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, psikoz ya da dikkat eksikliği, hiperaktivite bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozuklukları tanımlamak ve tedavi etmek gerekir. Bu bozukluklar eşlik ediyorsa ilaç tedavisi gerekebilir. Ancak çocuk psikiyatrisinde ilaç tedavisi genellikle semptomaya yöneliktir ve uyumu bozan davranışları azaltmak, okul performansı gibi alanlarda uyuma yönelik davranışları geliştirmek ve psikoterapiden daha fazla yararlanabilmeyi sağlamak amacı ile kullanılır. Başlangıçta çocuğun gerek psiko-patolojisinin, gerekse yan etkilere yatkınlık bakımından bedensel durumunun ayrıntılı biçimde incelenmesi gerekir. Çocuğa bakan kimselerin ilacı düzenli olarak verip-vermeyecekleri de önemlidir. İlacın yarar zarar oranı göz önüne alınıp aileye anlatılmalıdır. Genellikle düşük doz ile başlanır, çocuğun yanıtına ve yan etkilerin ortaya çıkıp-çıkmasına bakılarak doz arttırılır.

Erişkinlere göre çocuğun hepatik kapasitesi daha büyük glomerüler filtrasyonu daha fazla veya dokusu daha azdır. Bu nedenle stimulanlar, antipsikotikler, trisiklik ilaçlar ve lityum daha hızlı atılır. Pek çok ilacın yarı ömrü de daha kısadır. Çocuklarda kullanılan ilacın dozajına bakarak kan düzeyini yorumlamak olası değildir. Plazma düzeyi de tedaviye yanıtı belirleyemez. Bu nedenlerden dolayı çocuklarda farmakoterapi son derece dikkatli uygulanmalı, erişkinlerdeki deneyimlerimize güvenerek, çocuk erişkinin küçük modelidir gibi yanlış bir yargıyla hareket edilmemelidir.

Vücut dismorfik bozukluğunun klomipramin ve fluoksetin gibi SSRI'lara cevap verdiği görülmüştür. Eğer öğrenme bozuklukları söz konusu ise eğitimsel yaklaşım, örneğin özel alt sınıf önerme veya ek ders önerme gerekebilir.

Ağrı bozukluğunda amitriptilin, imipramin, klomipramin ve fluoksetin gibi ilaçların yararlı olabildiği, bunun serotonerjik etkinliğin artması ile ilişkili olabileceği ya da bu ilaçların doğrudan analjezik etki göstermelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Trazodonun da birçok ağrı durumunda yakınmaları azalttığı bildirilmektedir.

Motor belirtiler varsa fizik tedavi egzersizler tedavide kullanılabilir. Bu tür yaklaşım genellikle hasta tarafından kolay kabul edilir ve hastanın tedaviye aktif katılımını da sağlar. Eğer poliklinik tedavisi etkisiz olursa, hastanın yatırılarak izlenmesi gerekebilir. Bazı olgularda patolojik ev çevresinden uzaklaştırmak gereklidir.

SONUÇ:

Ülkemizde oldukça sık karşılaştığımız konversiyon bozukluğunun genellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde başladığı belirtilmektedir. Bu yaş gruplarında konversiyon bozukluğunun erişkinliğe oranla çok daha iyi gidişli olduğu ve kendiliğinden iyileşmelere rastlandığı bilinmektedir.

Somatizasyon bozukluğu çoğu zaman kronik bir gidiş gösterir. Hastaların sosyal ve mesleksişlev görmelerinde belirgin bozulmalara neden olabilmektedir.

Hipokondriazis ise genellikle epizodik seyredir. Epizodlar aylar ya da yıllar sürebilir ve çoğu zaman psikososyal stress etmenini izleyerek alevlenir. Epizod araları da aylar ya da yıllar sürebilmektedir