

*Hüseyin SOYSAL\**  
*OğuzARKONAÇ\**

### GİRİŞ VE TARİHÇE

Histeri, adını Yunanca'da uterus anlamına gelen "Hysteron" kelimesinden almıştır. Hippocrates'den XVI. yüzyıla kadar, histeri uterusun baskılanmayan istekleri nedeniyle vücutta gezinmesi sonucu oluşan bir hastalık olarak tanınır (Hippocrates, Platon, İbn-i Sina). Uterusun yukarılara çıkması sonucu boğazı tıkadığı ve hastaya boğuluyormuş hissini yaşattığına inanılır, bu belirtiyeye "globus hystericus" denirdi, orta çağda histeri büyüye bağlanmış, histeriklerin ruhlarını şeytana sattıklarına inanılmıştır. "Saint-Guy dansı" şeklinde görülen kitle histerisi nedeniyle binlerce kişi yakılarak öldürülmüştür (13).

XVI. yüzyılda Lepois'den başlayarak XIX. yüzyılın ikinci yarısına kadar hastalığın organik etyolojisi üzerinde tartışılmış, ilk kez XIX. yüzyılda Charcot, histerinin bazı psişik travmalar sonucu ortaya çıkan psikiyatrik bir bozukluk olduğunu ileri sürerek hipnozla histeri belirtilerinin ortaya çıkarılabildiğini gösterip telkin tedavisi psikiyatrik bir bozukluk olduğunu ileri sürerek hipnozla histeri belirtilerinin ortaya çıkarılabildiğini gösterip telkin tedavisi uygulamıştır. Babinski, histeriyi belirtileri telkinle ortaya çıkan ve telkinle kaybolan somatik ve psişik çeşitli belirtiler topluluğu olarak tanımlayarak "Pithiatisme" adını önermiştir (12,13).

Histerik Nöroz, Freud'un kuramlarının temelini teşkil eden hastalıklardan biridir. Psikoanalitik görüşte, histerik hastanın cinsel gelişimin fallik döneminde fiksasyonundan ya da yüklenme zorlanma karşısında fallik döneme

regresyonundan söz edilir. Kadınlarda cinsel gelişimin daha karmaşık olmasının, bozukluğun kadınlarda daha sık görülmesine neden olduğu savunulur (4,5,7,10). Önceleri histerik belirtiler ve sendromlar olarak kabul edilen bazı tabloların bu gün organik hastalıklar olduğu anlaşılmıştır. Bunların başında paroksizmal hemikrania, torasik outlet sendromu, tortikollis ile fasial diskinezi, ağrılı bacaklar ve hareketli parmaklar (painful legs and moving toes) gibi diskinetik sendromlar gelir. Ayrıca bir çalışmada globus hystericus tarif eden hastaların %79'unda semptomu açıklayacak radyolojik lezyonlar gösterilmiştir (12).

1958 yılında histeri terimi psikiyatrik literatürde aşağıda sıralanan farklı anlamlarda kullanılır oldu: (3)

- Kişilik veya karakter tipi
- JConversiyon tepkisi
- Fobi ve anksiyete ile belirli bir psikonevroz
- JCendisine özel esas bir psikopatoloji şekli
- Hakaret ifade eden terim.

Birbiriyle oldukça uzak konumlardaki psikiyatrik bozuklukları histeri başlığı altında inceleyen Merskey (1979, 1986) ise şu alt grupları önermektedir: (12)

- Motor ve dissosiyatif, bazen ağrı tarzında bir veya iki semptomla birlikte olan histeri.
- Hipokondriazis ve Briquet Sendromu (Somatizasyon Bozukluğu) gibi polisemptomatik histeri.
- Organik yakınmaların histerik dışavurumu.

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hast. Hastanesi, 2. Psikiyatri Birimi, İSTANBUL

dAnoreksiya Nervoza'dan Hastane Bağımlılığı'na dek geniş bir dağılım gösteren, kendine yönelik zarar verme ve hastalık yaratma semptomları.

Tanı işlemlerinde karışıklık ve şaşkınlığa yol açan bu durum karşısında, %7'de Brody ve Sata bu kişilik ve karakter tipini belirtmek üzere "Histrionik" terimini kullanmışlardır (3). Psikiyatrik bozuklukların tanıları ve isimlendirmelerinde birlik sağlamak amacıyla, Amerikan Psikiyatristler Birliği'nin hazırladığı DSM-III (1980) ve DSM-III R(1987)'de bu terim kullanılmıştır. DSM-III ve DSM-III R'de histerik nöroz için ise iki ayrı kategori dikkat çeker. Bunlar, Konversif Tip Histerik Nöroz ve Dissosiyatif Tip Histerik Nöroz'lardır. Histeri terimiyle kastedilen diğer birçok bozukluk ise DSM-III R'de Temaruz, Yapay Bozukluk, Somatoform Bozukluklar (Konversiyon Bozukluğu, Hipokondriazis, Somatizasyon Bozukluğu içerir). Dissosiyatif Bozukluklar, Kısa Tepkisel Psikoz gibi kategorilerde sınırları belirgin ve daha net tanı grupları olarak tanımlanmış ve adlandırılmıştır (1). Burada, konuyla ilgili son literatür gözden geçirilip özetlenirken tanıların DSM-III R'deki karşılıkları da irdelenecektir.

## HİSTERİK KİŞİLİK

Histerik teriminin yozlaşarak halk arasında, cinsel olarak azmış anlamında ve hakaret amacıyla kullanılır olması, yerini histrionik terimine terkemesine neden olmuştur (1,3). Aralarındaki ses benzerliğine karşın bu iki kelimenin etimolojik olarak birbirleriyle ilgisi yoktur (1,3). Histrionik teriminin sözlük karşılığı, aktörlüğe veya tiyatroya ait, aktör gibi (davranış)tır (2). Histrionik kişilik bozukluğu, aşırı teatral, tepkisel ve yoğun bir anlatımla beliren davranış kalıplarıyla, kişilerarası ilişkilerde benmerkezcilik, dışavurumculuk, duygularda samimiyetden yoksunlukla karakterize bozulma şeklinde tarif edilir (1,20).

Geleneksel olarak, histrionik kişilerde konversiyon ve diğer somatoform bozukluklarla dissosiyatif tip histerik nörozların sık görüldüğü kabul edilir. Ya da tersine, psikolojik etkenlerle ortaya çıkan yakınmalarla hekime müracaat eden hastaların histrionik olduğuna inanılır (1,3,4,10,13,20). Oysa yersiz soatik yakınmalarla başvuran has-

taların incelenmesiyle elde edilen istatistikler, bu hastalarda histrionik kişilik özelliklerinin sanıldığı kadar yaygın olmadığı yolundadır (16,21). Özellikle Konversiyon Bozukluğu'nda hastaların kişilik özellikleri uzun zamandan beri araştırmacıların ilgisini çekmektedir. Yapılan çok sayıda araştırma ve izleme sonucu toplanan veriler bu hastalarda Histrionik Kişilik Bozukluğu oranının %17 ile %21 arasında olduğunu göstermektedir (Chonan ve Lyons 1958, Ljunberg 1957, Slater 1965, Merskey 1979). VVanderzant ve arkadaşları da (1986) refrakter epilepsi tanısıyla izlenen bir seri hasta arasından ayırıldıkları 19 yalancı nöbetli konversif hastanın kişilik özelliklerini MPI ile araştırmışlar, bu hastalarda histeri puanlarında elevasyon ve Konversiyon V profili beklenenin aksine baskın ve yaygın bulunmamıştır (21).

Histrionik kişilik yapısı zemininde yerleşen psikiyatrik bozuklukların da çok çeşitli oldukları ve kültüre bağlı varyasyonlar gösterdikleri savunulur. Roland ve arkadaşlarının (1988) yaptığı çalışmada, DSM-III tanı ölçütleriyle Histrionik Kişilik Bozukluğu tanısı konan avrupalı ve Afrikalı 30'ar hasta arasında yapılan karşılaştırmadan çıkarılan veriler şöyle özetlenebilir (15)

Histerik yapısı olan afrikalı ve beyaz hastaların, klinik görünüm, psikososyal yükleyici ve zorlayıcı etmenler ve histrionik kişilik özellikleri bakımından bazı ayrılıklar gösterdiği bulunmuştur. Afrikalılarda beyazlara nispeten, başağımı başta olmak üzere somatik belirtiler ile geçici psikotik durumlar ve manik ajitasyonun çoğunluğu oluşturduğu eksitasyon halleri daha ağır basmaktadır. Beyazlarda ise depresyon ile depresyona ilişkin durumlardan yeme bozuklukları (Anoreksiya Nervoza, Bulimia vd.) ve psikoaktif madde bağımlılıkları sık görülmektedir.

Afrikalılarda, genellikle ya yalnızca ruhsal ya da yalnızca somatik belirtiler görülürken avrupalı grupta her iki tür belirtiyi birlikte bulunduran hastalar çoğunluğu oluşturmaktadır. Başlatıcı psikososyal yükleyici-zorlayıcı etmenler her iki grupta aynıdır ama bu etmenler afrikalıarda geniş ölçüde kurulan daha kalabalık grup etkileşimlerinden köken almakta oysa beyazlarda daha dar bir çevreden, aile içi etkileşimlerden kaynaklanmaktadır.

DSM-III'te tammlanan histrionik kişilik özellikleri her iki grupta benzerlikler göstermektedir.

Ancak bu özelliklerin afrikalı grupta doğrudan ve dışa yönelik dışavurum modellerine sahip olduğu izlenimi edinilmiştir.

## HİSTERİK NÖROZ

Bu başlık altında toplanan yayınlar incelendiğinde, tarif edilen semptom, sendrom ve klinik tabloların genellikle DSM-III R'deki Somatoform Bozukluklar ve Dissosiyatif Bozukluklara uyduğu, Yapay (Factitious) Bozukluk, Yeme Bozuklukları ve hatta Temaruz'un da histeri kavramıyla ifade edildiği yukarıda belirtilmiştir (1,5,9,12,16,18).

Somatoform Bozuklukların temel özellikleri, psikolojik etmenlerle ortaya çıkan, gerekli tüm muayene ve araştırma yöntemleriyle organik bir etyolojiye veya fizyopatolojik mekanizmaya bağlanamayan somatik belirtilerden oluşmalarıdır (1,3). Dissosiyatif Bozukluklarda ise belli başlı özellik, bilinçli olmanın, kimlik taşımanın, motor davranışların normalde birleştirici-bütünleyici işlevlerinde ani ve geçici bazı değişikliklerin olmasıdır. Çoğul Kişilik, Psikojenik Füg, Psikojenik Amnezi ve Depersonalizasyon Bozukluğu'nu içerir (1).

Somatoform Bozuklukların sıklığı tıbbi tedavi gören kadın hastalarda %1-2 dir. Bu oran, hastanede yatırılarak tedavi edilen psikiyatrik hastalarda %10, ayaktan tedavi görenlerde %5-11, genel bir hastanede 1000 psikiyatri konsültasyonunda %5 olarak rapor edilmiştir. Erkek-kadın oranı Konversiyon Bozukluğunda 1/15'tir. Dissosiyatif Bozukluklar ise oldukça seyrek görülür (6,9,10,12,16).

Konversif reaksiyonları olan hastaların kişilik tipleri dağılımı Merskey ve Trimle'ye göre şöyledir: Histrionik %19, Bağımlı %19, Obsesif %8, Diğerleri %36, Normal %18 (16).

Konversiyon Bozukluğunda prognoz hakkındaki yayınları Shalev ve arkadaşları (1986) iki grupta toplamışlardır:

I. İyi Prognoz Bildirimleri: Carter, Lyunberg ve Hafiez 1-6 yıllık izleme süresinde %62-86 arasında relaps olmayışı ve salah ile belirgin iyi prognoz,

II. Kötü Prognoz Bildirimleri: Slater, Guzee, Gatfield ve Lewis 2,5-11 yıllık izleme süresinde %45-88 oranında, değişiklik olmayışı veya ciddi

biçimde bozulma ile belirgin kötü prognoz bildirmişlerdir.

Prognoz tartışılırken, konversiyon tanısının serebral disfonksiyonlu hastalara konması olasılığına dikkat çekilmekte, birlikte var olan veya izleme süresi boyunca ortaya çıkan bedensel hastalıklarla ilgili istatistiksel veriler de bu görüşü desteklemektedir. Başta epilepsi, MSS'nin vasküler ve dejeneratif hastalıkları ile kalp hastalıkları olmak üzere organik hastalık oranı bu hastalarda %48'i bulmaktadır (6,12,16). Konversiyon Bozukluğu hakkındaki yayınlarda, organik hastalıklarla ayırıcı tanı ağırlıklı olarak yer almaktadır. Biz burada, ayrı bir yazı konusu olup zor ve ciddi bir sorun olan konunun önemini vurgulamakla yetineceğiz.

Konversif hastalarda, lateralize edilebilen somatik semptomların genellikle solda olduğu bilinir. Bu semptomların çocuk ve ergenlerde sağda yerleştiği ise ilginç ve yeni bir bilgidir (14). Etiyolojide, psikoanalitik ve nörofizyolojik farklı görüşlerin olduğu bozuklukta, bellek kusurları da bulunabilir. Bu hastaların, cinsel öğeler içeren uyarıcıları, kontrol grubuna göre daha iyi öğrenip anımsadıkları, nötral uyarıcıları ise kontrol grubundan daha az anımsadıkları, nötral uyarıcıları ise kontrol grubundan daha az anımsayabildikleri şeklinde bir araştırma sonucu bildiren De Bol (1984) bunu psikoanalitik görüş lehine yorumlamaktadır (14).

Somatoform Bozukluklarda, klinik görünümüler zamanla, sosyal ve kültürel farklı topluluklarda değişiklik arz etmektedir. Klasik kitaplarda Konversiyon Bozukluğu'nun başta gelen belirtileri olarak geçen amoroz, astazi-abazi gibi belirtilerin hemen hemen hiç görülmediği belirtilirken, hasta tarafından iyi tanımlanamayan bedensel yakınmalar, afoni, nefes nefese kalma ve kusma sık görülen belirtiler listesinde başlarda yer almaktadır (9). Bu hastalarda, kişilik özellikleri gibi aile yüküllüğü de halen tartışma konusu olup, Nijerya'da görülen, somatik özelliklerle beliren, kültüre bağlı endemik bir sendrom olarak bilinen Ode Ori'nin aslında çok farklı psikiyatrik tablolar içerdiği ve daha çok duygulanım bozukluğu türünde bir sendrom olduğu savunulmaktadır (8,11).

Somatoform Bozukluklarının insidansının yüksek oluşunun yanısıra, hastaların sorunlarının psikiyatrik olduğunun farkında olmamaları çeşitli

tıp branşlarının polikliniklerinde zaman, işgücü ve para kaybına yol açmakta üstelik hastaların psikiyatrik yardım almalarını zorlaştırmaktadır.

Bu nedenle, bu bozuklukların başta pratisyen ve aile hekimleri olmak üzere, tüm hekimler tarafından bilinip tanınmaları gereği açıktır (7,10,12).

## HİSTERİK PSİKOZ

Literatürde Histerik Psikoz ve Konversif Halüsinasyon gibi psikiyatrik semptom ve sendromlar da bildirilmektedir. Bu yayınlar incelendiğinde, var olan klinik tablonun ortaya çıkışında yüklenme zorlanmaların etken oluşu veya histrionik kişilik zemininde yerleşmesi nedeniyle histerik olarak adlandırıldığı anlaşılmaktadır (17,18,19).

Histerik Psikozları, isim babası olan Hollender ve Hirsch, provoke eden bir stressor faktörün varlığında, kısa sürmesi, zengin semptomatoloji göstermesi, prognozun iyi oluşu ile varsam, hezeyan, depersonalizasyon, garip davranışların sıklığına rağmen duygulanım küntlüğü ve yargılama kusuru olmayışı ile diğer psikozlardan ayrılırlar (10,19). Thomas ve arkadaşları (1985) bu tanıma uygun, Histerik Psikoz tanısı almış 217 olguyu 2 yıl süreyle takip ettikten sonra olguların kısa tepkisel psikoz veya yapay bozukluk tanı ölçütlerini doldurduklarını saptamışlardır. Sonuç olarak da, Histerik Psikoz tanısının yeniden gözden geçirilmesi gereğini belirterek DSM-III'teki tanı ayırımlarının geçerliliği ve II. ekseninde kişilik bozukluklarının ayrıca değerlendirilmesinin daha yararlı bir yaklaşım olacağı şeklinde görüş bildirmişlerdir (19). Kısa Tepkisel Psikoz, DSM-III R'de çağırışlarda dikişsizlik, hezeyan, varsam ve katatonik veya dağılmış davranışlardan en az ikisinin görülmesiyle duygusal karmaşa şeklinde ortaya çıkan bozukluk olarak tanımlanır. Kişinin kültüründe, benzer koşullar altındaki hemen herkes için bariz bir şekilde zorlayıcı olabilecek tek

tek veya birlikte gelen birkaç olaya tepki olarak gelişir, birkaç saatten bir aya kadar uzayabilen bir süre sonunda hastalık öncesi fonksiyonlara tam bir dönüş görülür. DSM-III R'deki Kısa Tepkisel Psikoz tanımına uyan en eski ve yaygın sendrom Bouffée Delirante'dır (1,3).

Sirota (1987) bir olgu hususunda, anksiyetesi nedeniyle yatarak tedavi gören bir kadın hastanın tarif ettiği görsel varsanların EnfePin tanımladığı konversif halüsinasyonlara uyduğunu, anksiyetesine yönelik psiko ve farmakoterapiye kısa sürede iyi yanıt verdiğini bildirerek, psikotik yakınmalar karşısında klinisyenin hemen psikoz düşünmemesi gereğini vurgulamaktadır (17). Bu yazıda sunulan olgu, birincil ve ikincil psikojerik kazançların olması nedeniyle konversif olarak yorumlanmıştır. Sözü edilen olgu DSM-III R tam ölçütlerine göre ise Yapay Bozukluğa uyar. Bilindiği gibi, Yapay Bozuklukta da hastanın psikolojik kazançları olmasına rağmen semptomların hastanın kontrolü altında olmasıyla Konversiyon Bozukluğundan ayrılır. Yapay Bozuklukta semptom fiziksel, ruhsal veya her iki gruptan olabilir, gözetlenen amacın ekonomik çıkar ya da fiziksel rahatlık olmamasıyla da temaruzdan ayırtebilir (1,3).

## SONUÇ

Günümüzde, histerik sözü bir aşağılama sıfatı olarak, histeri terimi ise geniş bir tam yelpazesinde, çok çeşitli klinik ve sosyal manifestasyonları kastetmek amacıyla kullanılır olmuştur. "Histeri", neredeyse "aslında bir şey yok" anlamını vermekte, kafalarda açık seçik, sınırları belirgin bir tabloyu canlandırmaya yetmemektedir. Biz, hem bu kavram kargaşasından kurtulmak hem de doğru adlandırmayla, hitap edilen kitleye en uygun mesajı verebilmek için DSM-III R ve ICD-10 sınıflandırmalarında betimlenmiş ve yaygın olarak kabul gören kavram ve terimlerle konuşup yazmakta büyük yarar görmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-III R) Washington (1987)
2. Anderson A.D. and İz F., The Oxford- English-Turkish Dictionary, A B C Kitabevi, İstanbul (1987).
3. Arkonaç O., Psikiyatrik Semptomlar ve Sendromlar, Nöbet Tıp Kitabevi, İstanbul (1987).
4. Dal Bo A. et al, Recognition Memory in Conversion Hysteria: Effect of Sexual Stimuli During Learning, Acta Psychiatr. Scand 1984; 70: 535-539.

5. Fenichel O., Nevrozların Psikoanalitik Teorisi (çeviri) Ege Üniv. Matbaası, İzmir (1974).
6. Fenton g.W., Epilepsy and Hysteria, British Journal of Psychiatry, 1986;149: 28-37.
7. Goldman H.H., Review of General Psychiatry, California (1984).
8. Güze S.B. et al, A Follow-Up and Family Study of Briquet's Syndrome, Britiszh Journal of Psychiatry 1986:149:17-23.
9. Hafiez H.B., Clinical Aspects of Hysteria, British Journal of Psychiatry 1986: 79: 676-680.
10. Kaplan H.L., Freedman A.M., Sadock B.J., Comprhensive Textbook of Psychiatry, Fourth Edition, Wolume II, New York (1985).
11. Mekanjuola R:O.A., "Ode Ori" A Culture-Bound Disorder with Prominest Somatic Features in Yoruba Nigerian Patients, Acta Psc. Scand. 1987: 75: 231-236.
12. Merskey H., The Importance of Hysteria, British Journall of Psychiaty 1986:149: 23-28.
13. Özaydın S., Psikiyatri, İ.Ü.İst. Tıp Fak. Yayınlan, İstanbul (1984).
14. Regan J. et al, Localization of Conversion Symptoms in Children and Adolescents, Am J Psychiatry 1984: 141: 10, October 1279-1280.
15. Roland A., Hysterical Manifestations in Africa and Europe-A Compatative Study, British Journal of Psychiaty 1988:152: 112-115.
16. Shalev A and Munitz H., Conversion Without Hysteria: A case Report and Review of the Literature, British Journal of Psychiatry 1986:148: 198-203.
17. Sirota P et al, Conveisive Hallucinations, British Journal of Psychiaty, 1987:151: 844-846.
18. Taylor D.C., Hysteria, Play-acting and Courage Britisish Journal of Psychiaty 1986:149: 3741.
19. Thomas E.G., Hysterical Psychosis: An Empirical Approach, Am J Psychiaty 1985:142: 3, March 345-347.
20. Thompson D.J. and Golaberg D., Hysterical Personality Disorder, The Process of Diagnosis Clinicall and Experimental Setting British Journal of Psychiaty 1987: 150: 241-245.
21. Wanderzant c.w. et al, Personality of Patients with Pseudoseizures Neurology, 1986: may, 36: 512-517.