

Çocuk ve Ergenlerde Konversiyon Bozukluğu

Birsen SONUVAR*, Berna PEHLİVANTÜRK**

* Yrd.Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Emekli Öğr.Üy.,

** Uz.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, ANKARA

Özet

Konversiyon bozukluğu, çocuk ve ergenlerde sıklıkla karşılaşılan psikiyatrik bir sorundur. Bu yazıda konversiyon bozukluğunun çocuk ve ergenlerde görülme sıklığı, klinik özellikleri, oluş nedenleri, ayırıcı tanısı ve tanı güçlükleri gözden geçirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde özellikle ergenlerde ve kızlarda görülme oranının yüksek olduğu, en sık gözlenen konversif belirtinin psödonöbet olduğu, sosyokültürel özelliklerin önemli olduğu ve organik bozukluklardan ayırıcı tanıda güçlükler yaşandığı görülmektedir. Sık karşılaşılan, neden olduğu yeti yitimi ve sağlık harcamaları ile önemli bir psikiyatrik sorun olan konversiyon bozukluğu ile ilgili ileriye dönük araştırmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Konversiyon bozukluğu, Çocuk, Ergen

T Klin Psikiyatri 1999, 1:62-67

Summary

Conversion disorder is a common psychiatric disorder in children and adolescents. In this article the prevalence, clinical features, etiology, differential diagnosis and diagnostic difficulties of conversion disorder have been reviewed. Conversion disorder which is common in girls and shows an increasing prevalence through adolescence is one of the most prevalent disorder in developing countries. Pseudoseizure is the most frequent presentation. Sociocultural factors are important and it is difficult to diagnose and differentiate from organic disorders. There is a need for systematic research on conversion disorder which is frequently encountered and causes disabilities.

Key Words: Conversion disorder, Children, Adolescent

T Klin J Psychiatry 1999, 1:62-67

Konversiyon bozukluğu DSM IV'de somatoform bozukluklar başlığı altında yer almakta ve psikolojik çatışma ya da gereksinim sonucu ortaya çıkan istemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen, nörolojik ya da diğer tıbbi durumu düşündüren bir ya da birden fazla belirtinin olması ile seyreden bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (1).

Konversiyon belirtilerinin çoğunluğu sensori-motor işlevselliği etkiler ve nörolojik bozuklukları taklit eder. Örneğin koordinasyon ya da denge bozukluğu, paralizi ya da lokalize güçsüzlük, afazi gibi istemli motor veya dokunma ya da ağrı duyumunun kaybı, körlük, sağırılık gibi duyu organ sistemleri ile ilgili görünüm verir.

Yazışma Adresi: Dr.Berna PEHLİVANTÜRK
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, ANKARA

Eski Yunanlılar zamanından beri bilinen bir hastalık olup, "histeri" sözcüğü açıklanamayan fiziksel belirtiler için kullanılmıştır. 1682 yılında Sydenham histerinin hem fiziksel hem ruhsal belirtilerini tanımlayarak, kadınlara özgü bir hastalık olduğunu yazmıştır. 1859 yılında Paul Briquet histeriyi bilimsel olarak tanımlayan ilk kişidir. Histerinin niteliği, belirtileri ve nedenleri ile ilgili ilk ayrıntılı çalışma ise Charcot tarafından yapılmıştır. Breuer ve Freud'un bu konudaki katkıları da yadsınamaz (2,3).

Epidemiyoloji

Çocukluk döneminde konversiyon bozukluğunun görülme oranları ile ilgili çalışmalar az olup sonuçlar çelişkilidir. Konversiyon belirtilerinin genel olarak birincil sağlık hizmeti verilen yerlerde ele alınması ve psikiyatrik değerlendirme yapılamaması görülme oranlarının belirlenmesinde

güçlük yaratmaktadır. Konversiyon bozukluğunun toplumdaki prevalansı kesin bilinmemektedir. Rock tarafından %3.6, Proctor tarafından %13 oranları verilmiştir. Yabancı yayınlarda çocuk ruh sağlığı bölümlerinde ayaktan izlenen hastaların görülme oranı %1.3-5 arasında değişirken, pediatri servislerinde yatan hastalardan psikiyatrik konsültasyon istenen çocuklarda konversiyon bozukluğu tanısı alanların oranının %4-22 arasında olduğu bildirilmektedir (4).

Batılı kaynaklarda çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğu tanısının nadir olduğu görülmektedir. Konversiyon batı ülkelerinde daha az görülürken, Türkiye ve Hindistan gibi ülkelerde daha sık görülmektedir. Hindistan'da yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda çocuk ve ergenlerde konversiyon bozukluğunun en sık görülen psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmektedir (5,6). Srinath ve arkadaşlarının (1993) yaptıkları bir çalışmada poliklinik başvuruları içinde konversiyon bozukluğu tanısı alanların oranı %14.8, yatan hastalar içinde %30.8 bulunmuştur.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Bölümümüzde son on yılda çocuk psikiyatrisine yapılan başvuru, tanı dağılımı ve tedavi yöntemlerindeki değişimi araştırmak için yapılan bir çalışmada 1983 yılında başvuranlar içinde konversiyon bozukluğu ve somatizasyon oranının %7.5, 1993 yılında ise bu oranın %8.95 olduğu bulunmuştur (7). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı polikliniğine başvuranlarda konversiyon bozukluğu oranı %2.3, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran çocuklarda ise oran %3.3 olarak bildirilmektedir (8,9).

Konversiyon bozukluğu ergenlerde çocuklara göre daha sık görülürken 5 yaş altında görülme olasılığı çok düşüktür. Araştırmalarda 9 yaş altında görülme oranları da düşüktür. Ergenlerde ve genç yetişkinlerde çok sık görülmektedir (10). Araştırmaların çoğunda konversiyon bozukluğu oranları yaşla artmaktadır (11). Turgay (1990) ve Srinath ve arkadaşlarının (1993) çalışmalarının sonuçları benzer olup 12 yaşından büyük olanlarda görülme oranı yaklaşık %60'dır (12). Cinsiyet dağılımına bakıldığında çeşitli araştırmalarda kızların çoğunlukta, yaklaşık erkeklerin 3 katı olduğu görülmektedir (13-15).

Konversiyon bozukluğunun sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde, ya da kırsal kesimde görülme oranının daha yüksek olduğunu gösteren araştırmalar vardır (4). Kerimoğlu ve Yalın konversiyon bozukluğu ile obsesif kompulsif çocukları karşılaştırdıkları araştırmalarında konversiyon bozukluğu olan çocukların ana-babalarının alt sosyokültürel düzeyden, obsesif kompulsif çocukların ana-babalarının üst sosyokültürel düzeyden geldiklerini ortaya koymuşlardır (8).

Konversiyon bozukluğu tanısının yaşanan yerleşim birimleriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde 52 ergenle yapılan kontrollü bir çalışmada konversiyon bozukluğu grubunun orta ve küçük yerleşim yerinden geldiği saptanmıştır (15).

Klinik Özellikler

Konversiyon bozukluğunda genellikle hareket ve duyu organlarında organik bir temele dayanmayan işlev yitimi, azalması ya da artması söz konusudur (16). Motor işlevlerde bozukluk; felçler, kuvvet azlığı, postür bozuklukları, astazi, abazi (ayakta durma ya da yürüme güçlüğü) şeklinde görülebilir. Bazı yazarlar ekstremitelerde etkilendiğinde bunun hastanın yaşamını çok engellemeyen sol ekstremitede olduğunu ileri sürmüşlerdir (4). Duyu işlevlerinde bozukluk; çift ya da tek taraflı körlük, görme alanı sınırlılığı, sağırılık ve eldiven biçiminde anestezi, parestezi biçiminde ortaya çıkabilir.

Çocuk ve ergenlerde konversiyon belirtileri içinde en sık kasılmalar ya da konvülsiyonlar görülmektedir. Aynı klinik durumu tanımlamak için çeşitli terimler kullanılmaktadır (konversiyon nöbetleri, psikojenik nöbet, yalancı nöbet, nonepileptik nöbet, psödoepileptik nöbet gibi). Çocuk ve ergenlerdeki konversiyon bozukluğunda en sık gözlenen belirtilerin psödonöbetler (5,8,12,17), paraliziler ve yürüme güçlüğü (18,19) olduğu bildirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı bölümümüzde konversiyon bozukluğu tanısı alan 51 çocuk ve ergenle yapılan kontrollü bir çalışmada 39 olguda (%76.5) psödoepileptik nöbet, 8 olguda (%15.7) paralizisi, yalpalama, yürüme güçlüğü, tortikoliz gibi motor belirtiler, 3 olguda (%5.9) duyu belirtileri ve 1 olguda (%2) karma belirtisi olduğu saptanmıştır (14). Aynı çalışmada

konversiyon bozukluğunda yakınmaların başlama yaş ortalamasının yaklaşık 12 yaş olduğu, yakınmaların başlaması ile hastaneye başvurma süresinin ise yaklaşık 1 yıl olduğu görülmüştür.

Konversiyon bozukluğu sıklıkla hızlı bir başlangıç göstermektedir. Fakat yavaş seyir gösteren olgular da vardır. Genellikle belirtilerin başlaması ya da alevlenmesi öncesinde çatışmalar ya da diğer stress etkenleri vardır. Bu ailelerde sıklıkla çatışmalar yada iletişim güçlükleri olduğu, psikiyatrik bozukluk oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir.

Yazında çocuk ve gençlerde genel olarak 'somatizasyonun' sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar ile birliktelik gösterdiği, bu hastaları sağlıklı kontrol grupları ile karşılaştıran araştırmaların hepsinde somatizasyonu olan grupta kontrol grubuna göre psikiyatrik bozuklukların, özellikle anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (11). Fakat diğer psikiyatrik bozukluğu olan çocuklar ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda anksiyete ve depresyon görülme oranları çok farklı bulunmamıştır. Pehlivantürk (1997) konversiyon bozukluğu tanısı konan 9-16 yaşlar arası çocuk ve gençlerin %15.7'sinde major depresyon, %37.2'sinde anksiyete bozukluğu olduğu saptanmış ve depresif bozukluk görülme sıklığının yaşla arttığını belirtmiştir (14). Onyediy yaş üstünde konversiyon bozukluğu örnekleri üzerinde yaptıkları çalışmada Kaygısız ve Alkın (1999) %34.3 oranında major depresyon, %1.5 distimi ve %18 panik bozukluk bulmuşlardır (20). Ercan ve ark. (1998) konversiyon bozukluğu olan 52 ergende uyum bozukluğunu %10, major depresyonu %25, distimi %19 olarak bulmuşlardır (15).

Etiyoloji

1. Psikodinamik yaklaşım: Konversiyon, psikodinamik açıdan bilinç dışı çatışma, istek ya da gereksinimlerin somatik bir işlev bozukluğuna döndürülmesidir. Bireyin hoşuna gitmeyen bir duygu ya da çatışmadan kurtulması, çevresinden ilgi ve sevgi görmesi, sorumluluklarından uzaklaşması gibi kazançlar ve sosyal pekiştirme bozukluğun devamında önemli rol oynamaktadır. Bu birincil ve ikincil kazançlar bilinç dışıdır (16).

2. Öğrenme kuramı: Konversiyon bozukluğu olan hastalarda aile içinde ya da yakın çevrede sık

görülen bir hastalık modelinin örnek alınması, benimsenmesi, öğrenme kuramını düşündürmektedir. Hasta, rolünün getirdiği yararları da öğrenebilir. Ufak bir kazaya uğrayan ya da hastalığı olan çocuk hızlı bir şekilde hasta rolünün getirdiği yararları öğrenebilir ve düzelmeye isteksiz olabilir ya da belirtiler tekrarlayabilir. Konversiyon bozukluğu tanısı konulan hastaların aile çevrelerinde benzer hastalık öyküsü oranlarının yüksek olması bu durumun model alma kökenli olabileceğini düşündürmektedir (4).

3. Aile sistem kuramı: İlk kez 1978 yılında Minuchin tarafından önerilen aile sistem kuramına göre belirli aile işlev biçimleri çocuklarda somatik belirtileri başlatabilir. Somatik belirtilerin aile sistemi içinde ailenin işlevselliğini koruyan, devam ettiren, belki de çatışmayı önleyen özel bir işlevi vardır. Örneğin çocuktaki belirtiler ailenin birarada kalmasını ve parçalanmamasını ya da süregiden çatışmaların son bulmasını sağlayabilir. Bu hastaların ailelerinde özellikle evlilik sorunları olduğu bildirilmektedir. Çocuklarda konversiyon belirtilerinin genellikle aile içi çatışmalarının ve iletişim güçlüklerinin yoğun olduğu ailelerde çıktığı belirtilmektedir (4).

4. Duyguların ifade edilmesi ve iletişim: Duygularını kolay aktaramayan bireylerde konversiyon bozukluğu bireyin beden dili olabilir. 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 belirtili geliştirmesine neden olacaktır (21,22).

5. Toplumsal ve kültürel etkenler: Kültürel etkenler konversiyona eğilim ya da konversif belirtilerin seçiminde önemli rol oynarlar. Baskıcı, tutucu, dindar kültürlerde cinsel dürtülerin bastırılması ya da duygu ve düşüncelerin açıklıkla dile getirilememesi, konversiyon belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Psikiyatrik bozuklukların onay görmediği toplumlarda bireyler psikolojik belirtiler yerine fiziksel yakınmalar ile psikiyatrik yardım arayışı içinde olabilirler.

Psikodinamik bakış açısından Essen Üniversitesi çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümünde yapılan bir araştırmada konversiyon belirtileri nedeniyle tedavi edilen ortalama 14 yaşlarında (8-18

yaş) 45 çocuk ve ergen değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonuçları ödipal ve preödipal çatışmaların güçlü etkilerini ve erken üçlü ilişkide birincil sevgi nesnesine bağlılığın sürdüğünü ortaya koymuştur. Böylece bireyselleşme süreci bozulmakta hatta engellenmektedir. Ayrılma bireyselleşme-bağımlılık çatışmaları yeterli biçimde çözülememektedir (23).

Konversiyon bozukluğu olan çocuklarda yaptığı araştırma ile bu konuya değerli katkıları olan Dr.Mualla Öztürk (13), 8-14 yaşları arasında konversiyon bozukluğu tanısı konan 36 kız, 14 erkek toplam 50 olgu üzerinde yaptığı araştırmasında anne-babalar ile hasta olan çocuklar arasında çarpıcı nitelikte özel ilişkilerin olduğunu ortaya koymuştur. Anne, baba ya da her ikisinin birden bu çocuklara küçüklükten beri özel bir yer, özel bir rol ya da özel bir iş sorumluluğu verdiklerine, bu aile içi rol görüntüsünün erken ve aşırı bir cinsel rol benimsemesi geliştirebileceğine, bunda çocukta histerik belirti gelişmesine uygun bir kişilik oluşturabileceğine dikkat çekmiştir. Bazen de çocuklar özel koşullar nedeni ile bu özel yer, özel rol ve sorumluluğu üzerlerine almaktadırlar (13).

Özel yer verilmesinde, bu çocuğun evde ayrıcalıklı bir yeri vardır. Örn. bir baba "bu kız anneme çok benzer", diğer baba "bu kız annemin adını taşır" diyerek ayrıcalıklı tutumunu belirtmektedir.

Çocuğa özel rol verilmesinde, anneler oğullarını, babalar kızlarını eşleri üstünde görmekte, bunu çocuğa sözlü ya da sözsüz olarak ileterek yetiştirmektedir. Örn. bir anne "kocam beni adam yerine koymaz, konuşmaz, dinlemez, ben herşeyimi oğluma anlatır onla paylaşırım" derken, eşi sık hasta olan bir baba "anasını yarım saydığımдан herşeyimi bu kızımдан beklerim, bana hizmetten hiç yüksünmez, hevesle yapar" diye anlatmaktadır.

Çocuğa özel sorumluluk verilmesinde ise annenin kızlarına, babanın erkek çocuklara kendi yaptığı işleri çok erken yaşta ve yoğun biçimde verdikleri görülmektedir. Altı erkek kardeş içinde tek kız annenin işini paylaşmak için öğrenimini de yarım bırakıp evin bütün işini yüklenmiştir. Daha çocuk yaşdayken kardeş ve yeğenlerine analık eden kızlar hasta örneklerinin çoğunu oluşturmaktadır.

Tanı Güçlükleri

Birçok olguda konversiyon bozukluğu organik hastalık ile birlikte olabilir ya da organik hastalığa ikincil olarak ortaya çıkabilir. Genellikle hafif bir hastalık ya da travma konversiyon bozukluğuna öncülük edebilir.

Konversiyon belirtileri ile pediatristlere başvuran çocuklarda fiziksel bir neden bulmak için yapılan gereksiz tekrarlayıcı ve ayrıntılı tetkikler kaygıyı artırarak hastalığın süresinin uzamasına neden olabilir. Hekimler belirtilerin süregitmesinde ve psikiyatrik yaklaşımın belirlenmesinde önemli rol oynarlar.

Bir çalışmada çocuk ve gençlerin %29'unun psikiyatri bölümüne başvurmadan önce gereksiz ilaç tedavisi gördüklerini ortaya koymuştur. Konversiyon nöbetleri olan çocuk ve ergenlerde ilaç kullanma oranının %56 gibi yüksek bir oranda olduğu, özellikle antiepileptik ve benzodiazepinlerin sık kullanıldığı saptanmıştır (24). Bölümümüzde yapılan çalışmada ise yanlış organik tanı oranı %37.3 olarak bulunurken, ilaç kullanım oranı %31.4 olarak saptanmıştır (14).

Epileptik hastalarda %5-%50 arasında değişen oranlarda psödonöbetlerin (psikojenik) bulunduğu ortaya konmuştur (25). Diğer taraftan psikojenik etkenlerin belirgin olduğu durumlarda çocuklarda fiziksel bir hastalık da olabilir ve psikolojik olduğu düşünülerek gerekli tetkikler gözardı edilebilir. Maisami ve Freeman (21) 7 yıllık dönem içinde konversiyon bozukluğu tanısı konan 41 çocuğu değerlendirdiklerinde 8 hastada eşlik eden organik bozukluk olduğunu bildirmişlerdir. Bu nedenle ruh sağlığı ile pediatri ve çocuk nöroloji bölümlerinin işbirliği çok önemlidir.

Ayrırcı tanıda psödoepileptik nöbetler ile gerçek epileptik nöbetlerin ayrıştırılması çok önemlidir. Epilepsinin psödoepilepsi ya da tersine psödoepilepsinin epilepsi olarak yanlış tanı alması olasıdır. Ayrıntılı öykü, fizik ve nörolojik muayene ve tetkikler yapılmasına karşın yinede epileptik nöbet ile psikojenik nöbet ayrırcı tanısı güç olabilmektedir. Hastaların büyük bölümü gerçek epileptik nöbetleri taklit etmede sanatsal bir yatkınlığa sahip olabilmektedirler. Kompleks parsiyel nöbetler içinde en sık frontal nöbetler psikojenik nöbetlere benzemektedir.

Saygı ve ark.(26) frontal lob parsiyel nöbeti olan 11 hasta ile psödoepileptik nöbeti olan 12 hastayı monitorize ederek incelemişlerdir. Nöbet süresi frontal lob parsiyel nöbet grubunda anlamlı düzeyde kısa bulunmuştur. Nöbet sırasında vokalizasyon meydana gelmesinde fark yoksa da niteliğinde bazı farklar gözlenmiştir. Frontal nöbette inleme, hırlama, hayvan sesine benzer biçimde yüksek sesle bağırma tüm hastalarda vardır. Nöbet sırasında yüzüstü dönme ve nöbetlerin uykuda meydana gelmesi sadece frontal nöbet grubunda görülmüştür. Frontal nöbetlerin stereotipik olduğu bu çalışmada da vurgulanmıştır. Küçük yaşta başlama, MRI anomalileri, kısa iktal süre, nöbet sırasında yüzüstü dönme, gece olması gibi bulgular frontal lob parsiyel nöbetleri ayırtmakta yardımcı olabileceği bildirilmektedir. Bu iki tanıyı ayırtamada (1) tam öykü, nöbetin özellikleri, nöbeti ortaya çıkaran duygusal ve çevresel koşullarla ilgili ayrıntılı bilgi, (2) nöbetin gözlenmesi, (3) spontan uyku EEG, monitorizasyon video kaydını içeren ayrıntılı EEG, (4) hasta ve ailesi ile görüşme, gözlem, testlerle ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme gerekmektedir (26).

Özetle, tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel belirtilerin beraberinde getirdiği güçlüklerden birincisi açıklanamayan fiziksel belirtileri olan çocukta henüz tüm belirtilerinin ortaya çıkmadığı altta yatan gerçek bir fiziksel hastalık olma olasılığıdır. Konversiyon 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 olmadığına yeterli gelebilir. Benzer şekilde bir belirti çevresel bir stres 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 yapılmaz. Bu nedenle psikiyatrist ile pediatrik 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 (Örn. 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 psödonöbetlere rastlama olasılığı da vardır. Bu gibi güçlükler bu bozuklukların prevalansı ile ilgili gerçek değerlerin elde edilmesini çok güç bir hale getirmektedir. En önemli sorun daha sonra organik bir bozukluk keşfedilmesinin yüksek oranda olmasıdır. Nörolojiye yakın olmayan hekimler ve psikiyatristler tarafından sık görülmeyen atipik klinik görünümlü nörolojik bozukluklar histeri olarak ele alınabilmektedir. Bu bilgiler ışığında konversiyon bozukluğunun karmaşık ve güç olması şaşırtıcı değildir (27).

Çocuklarda ve ergenlerde konversiyon bozukluğu klinik uygulamada her doktorun sıklıkla karşılaştığı, tanı ve tedavisinde güçlükler yaşadığı bir sorundur. Ülkemizde sık karşılaşılan, neden olduğu yeti yitimi ve sağlık harcamaları ile önemli bir psikiyatrik sorun olan bu bozukluk ile ilgili çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Oluş nedenleri, aile çalışmaları, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, tedavi ve sonuçlarına yönelik araştırmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
2. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988; 145(11):1358-68.
3. Turgay A. Çocuklarda konversiyon reaksiyonu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü. Uzmanlık Tezi, Ankara, 1973.
4. Nemzer ED. Somatoform Disorders. Child and adolescent psychiatry. In: Levis M, ed. Williams and Wilkins, 1991: 697-707.
5. Srinath S, Bharat S, Grimaji S and Sechadri S. Characteristics of a child inpatient population with hysteria in india. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32(4):822-5.

6. Chandra R, Srinivasan S, Chandrasekaran R, Mahadevan S. The prevalence of mental disorders in school age children attending a general paediatric department in southern India. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87(3):192-6.
7. Baysal B, Öktem F, Ünal F, Pehlivan Türk B. The change in the adolescent psychiatric population in ten years. Athens: ISAP 4th International Congress, 1995.
8. Kerimoğlu E, Yalın A. Obsessive-compulsive disorder and hysteria (conversion reaction) in children. *Journal of Ankara Medical School* 1992; 14(1):11-8.
9. Avcı A, Aslan H. Çocuklarda obsesif kompulsif bozukluk ve konversiyon bozukluğu: Karşılaştırmalı bir klinik çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995; 6(1):49-53.
10. Quane T, Chambas CV, Synderman D. Conversion disorder presenting as gait disturbance in an adolescent. *Arch Fam Med Sup* 1995; 4(9):805-7.
11. Campo JV, Fritsch SL. Somatization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(9): 1223-35.
12. Turgay A. Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorder. *Can J Psychiatry* 1990; 35:585-8.
13. Öztürk M. Histeri belirtileri gösteren çocukların aile içindeki özel yeri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1976; (Suppl 1):1-15.
14. Pehlivan Türk B. Conversion disorder in children and adolescents: Clinical features and comorbidity with depressive and anxiety disorders. *The Turkish Journal of Pediatrics (Basımda)*.
15. Ercan ES, Varan A, Veznedaroğlu B, Akdeniz F, Aydın C. Ergenlerde konversiyon bozukluğuna ilişkin özelliklerin araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9(3):165-72.
16. Öztürk O. Nevrotik bozukluklar. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, (derleyen) Öztürk MO, Ankara, Medikomat Basım Yayın San. ve Tic. Ltd. Şti. 1994.
17. Volkmar FR, Poll J, Lewis M. Conversion reactions in childhood and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1984; 23(4):424-30.
18. Goodyer IM. Historical conversion reactions in childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 1981; 22:179-88.
19. Grattan-Smith P, Fairley M, Procopis AP. Clinical features of conversion disorder. *Arch Dis Child* 1988; 63:408-14.
20. Kaygısız A, Alkın T. Konversiyon bozukluğunda I-II. eksen ruhsal bozukluk eştanıları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10(1):33-9.
21. Maisami M, Freeman JM. Conversion reactions in children as body language: A combined child psychiatry/ neurology team approach to the management of functional neurological disorders. *Pediatrics* 1987; 80(1):46-52.
22. Garralda ME. A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 759-73.
23. Eggens C. Conversion symptoms in childhood and adolescence. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1998; 47(3):144-56.
24. Goodyer IM, Mitchell C. Somatic emotional disorders in childhood and adolescence. *J of Psychosomatic Research* 1989, 33(6): 681-8.
25. Kriston O, Alving J. Pseudoseizures-risk factors and prognosis. *Acta Neurol Scand* 1992; 85:177-80.
26. Saygı S, Katz A, Marlis DA, Spencer SS. Frontal lobe partial seizures and psychogenic seizures: Comparison of clinical and ictal characteristics. *Neurology* 1992; 42: 1274-77.
27. Mrazek DA. Psychiatric Aspects of Somatic Disease and Disorders. In: *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches*, Rutter M, Taylor E, Hersov L eds. Blackwell Science, Great Britain, 1995: 697-710.