

Olgu sunumu / Case report**Psikofarmakolojik tedavilere yanıt vermeyen
bir psikojenik yürüyüş bozukluğu olgusu****Yaşar ALTUN,¹ Aysun KALENDEROĞLU,² Mustafa ÇELİK²****ÖZ**

Psikojenik hareket bozuklukları (PHB) organik nedenler dışlandıktan sonra herhangi bir nedene bağlanamayan hareket bozukluklarıdır. Bu hareket bozuklukları, organik hareket bozukluklarını mükemmel bir şekilde taklit edebilir. Klinik gözlem, öykü ve ayrıntılı nörolojik muayene bu hastalığın tanısını koymaya yardımcı olur. Bu yazıda 45 yaşında, iki yıldır sağ bacağına özellikle yürümeyle belirginleşen güçsüzlük yakınmasıyla başvuran bir erkek hasta sunulmuştur. Hastanın muayenesinde sağ bacağına harekete başlarken saniyeler süren distonik postür ve yürüyüş bozukluğu saptandı. Ayrıntılı taniya yönelik olarak yapılan tüm tetkikler normal olarak değerlendirildi. Hastanın klinik bulguları da göz önüne alınarak hastaya PHB tanısı konuldu. Verilen psikotrop ilaç tedavisi ve bilişsel tedaviye yeterli yanıt alınamadı. PHB psikiyatri ve nöroloji uygulamasında tanı ve tedavi aşamasında ciddi güçlüklerle sahip önemli bir sorundur. Bundan dolayı gereksiz tanı ve tedavilerin olumsuz etkilerinden kurtulmak için bu tanıyı akılda tutmak gerekir. (Anadolu Psikiyatri Derg 2017; 18(Ek.1):11-14)

Anahtar sözcükler: Hareket bozuklukları, distoni, psikojenik hareket bozukluğu

**A case of psychogenic movement disorder
unresponsive to psychopharmacological treatment****ABSTRACT**

Psychogenic movement disorders (PMD) are movement disorders for which an etiology cannot be found after exclusion of organic causes. These movement disorders can perfectly mimic organic movement disorders. Clinical observations, detailed medical history and neurological examination can help diagnose this condition. We present a 45 years old man with weakness in his right leg for two years which was evident especially during a walk. His physical examination showed that during initiation of walk dystonic posturing occurred for a few seconds and this caused gait disturbance. Laboratory and radiological tests for differential diagnosis did not reveal any abnormal finding. Diagnosis of PMD was made based on these results. Psychotropic medications and cognitive behavioral therapy failed to produce any response. In conclusion both diagnosis and treatment of PMD pose a great challenge for clinician. This diagnosis should be kept in mind in order to avoid adverse consequences of wrong diagnoses and unnecessary treatments. (Anatolian Journal of Psychiatry 2017; 18(Suppl.1):11-14)

Keywords: movement disorders, dystonia, psychogenic movement disorder

GİRİŞ

Psikojenik hareket bozuklukları (PHB) sıklıkla farklı vücut bölgelerini etkileyen çeşitli fenomenolojilerin karışık hareketleriyle karşımıza çıkar.¹ PHB poliklinikte nöroloji ve psikiyatri hekimlerinin tanı koymakta zorlandıkları hastalıklar arasında yer almaktadır. PHB, organik nedenler dışlandıktan sonra tanısı konulan bir hastalıktır. Hare-

ket bozuklukları sınıflaması içinde psikojenik kökenli olanlar bu grubun %2-3'ünü oluştururlar. PHB hiperkinetik, hipokinetic ve paroksizmal olabilir; bu üç grup içinde en sık görüleni hiperkinetik olanlardır.^{2,3} Psikojenik distoniler tüm distoni olgularının %5'inden daha azını oluştururlar. PHB görülme sıklıkları sırasıyla tremor, distoni, miyoklonus, parkinsonizm ve yürüme bozuklukları şeklindedir.⁴

¹ Uzm. Dr., Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği; 2 Yrd. Doç. Dr., Psikiyatri Kliniği, Adıyaman

Yazışma adresi / Correspondence address:

Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÇELİK, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Adıyaman

E-mail: mustafacelik@yahoo.com

Geliş tarihi: 31.06.2016, **Kabul tarihi:** 29.09.2016, **doi:** 10.5455/apd.230570

12 Psikofarmakolojik tedavilere yanıt vermeyen bir psikojenik yürüyüş bozukluğu olgusu

Tanı ve tedavi zorlukları bulunan PHB önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bu yazıda, PHB hastalarını tanımlamak ve doğru tanı koymak için önemli klinik özelliklerini vurgulamak amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Kırk beş yaşında, erkek hasta nöroloji polikliniğine iki yıldır istirahatte olan ve yürümekle belirginleşen yürüyüş bozukluğu yakınmasıyla başvurdu. Nörolojik muayenesinde dişli çark belirtisi, rijidite ve bradikinezi yoktu. Hasta desteksiz

yürüyebiliyordu, ancak yürüme anormal ve düzensizdi. Yürürken hastanın sağ kolu hafif ekstansiyonda ve vücuda yapışık haldeydi. Hastanın yürüyüşü ellerini cebine koymakla, merdiven çıkarken ve inerken, geriye doğru giderken belirgin bir şekilde düzeliyordu. Hastada anormal rahatsız postür ve hareketlerde beklenmeyen uyumsuz yavaşlık vardı. Hastanın sağ kolu ileriye doğru yürürken vücuda yapışık ve geriye doğru yürümekle veya merdiven çıkıp inmekle değişmiyordu. Ayrıca hastada ani diz boşalması ve düşecekmiş gibi olma hissi vardı (Resim 1).



Resim 1. Hastanın sağ eli-kolu hafif ekstansiyonda ve vücuda yapışık halde yürüyüş mevcut, yürüyüş sırasında sağ kolda sallanma yok. Ayrıca anormal rahatsız postür ve hareketlerde beklenmeyen uyumsuz yavaşlık var (Psikojenik yürüyüş şekli).

Özgeçmişinde hipoksik doğum, geçirilmiş hastalık öyküsü yoktu. Yaklaşık yedi yıldır yürüyüş bozukluğu, depresif duygudurum, anksiyete, değersizlik, iritabilite, dürtüsellik, uykusuzluk ve cinsel işlev bozukluğu yakınmalarından dolayı yaygın anksiyete bozukluğu, kişilik bozukluğu ve hareket bozukluğu tanılarıyla psikiyatri polikliniğinde ve iki yıldır Parkinson hastalığı ve distoni tanılarıyla nöroloji polikliniğinde izleniyordu. Hastanın psikiyatrik özgeçmişinden yedi yıl önce anksiyeteli depresyon tanısının konduğu, zaman zaman dürtü kontrol bozukluğunun da tabloya eklendiği, son dönemde paroksetin 30 mg/gün ve aripiprazol 10 mg/gün önerildiği, yaklaşık 1.5 yıl düzenli tedavi kullandıktan sonra yakınmalarının kısmen remisyona girdiği öğrenildi. Tedavinin kesilmesinden bir süre sonra panik atakları ve bayılmalarının olması üzerine tekrar nöroloji

kliniğine başvurduğu saptandı. Nörolojik açıdan herhangi bir organik bozukluk saptanmayan hastanın psikiyatriye yönlendirildiği ve panik bozukluğu ve psikojenik nöbet (konversiyon bozukluğu) tanısıyla tekrar izlenmeye başlandığı öğrenildi. Bu dönemde venlafaksin 150 mg/gün, olanzapin 10 mg/gün aldığı; bunlarla kısmen düzelme olmasına rağmen, psikosomatik yakınmalarının tam düzelmediği öğrenildi. Buna ek olarak kişilik bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-II) uygulamasında^{5,6} histriyonik ve antisosyal kişilik özellikleri örüntülerinin olduğu saptandı. Hastadan alınan bilgiye göre, o dönemde iş yeri ve ailesiyle ilgili sorunlarının olduğu öğrenildi. Son dört yıldır düzenli psikiyatri tedavisi aldığı, ancak sık sık doktorlarını değiştirdiği, her seferinde yeni ilaçlar eklendiği (amisülpirid, diyazepam, alprazolam,

fluoksetin, klomipramin); ancak kas ağrısı, göğüs ağrısı gibi somatik yakınmalarının ve iç sıkıntısının geçmediği öğrenildi. Ek olarak son iki yıldır sağ bacakta kasılma, çekme, yürümede zorluk yakınmalarının tabloya eklendiği öğrenildi.

Nöroloji başvurusunda tanı amaçlı yapılan, rutin kan ve idrar testleri değerleri normal sınırlarda bulundu. İnflamasyon göstergeleri olarak sedimentasyon, CRP ve VDRL sonucu normaldi. Hemogram, tiroid, paratiroid ve karaciğer işlev testleri, hepatit göstergeleri, tam idrar tetkiki, hemostaz paneli, elektroensefalografi normal sınırlarda idi. Wilson hastalığı normal laboratuvar değerleriyle dışlandı. Yirmi dört saatlik idrarda bakır, serum bakır ve seruloplazmin düzeyleri normal sınırlarda idi. Oftalmolojik değerlendirmede Kayser-Fleischer halkası saptanmadı. Belirtilen yakınmalarla bir yıl önce nöroloji polikliniğine başvuran hastanın önceden çekilen beyin, servikal, torakal ve lomber manyetik rezonans görüntülemeleri (MRG) ve elektromiyografi (EMG) tetkiklerinde patolojik bulguya rastlanmamıştı. Dış merkezlerde dopa yanıtı distoni ve Parkinson hastalığı tanısına yönelik olarak başlanan ve 375 mg/güne kadar çıkılan levodopa ve 7.5 mg/gün triheksifenidilden yanıt alınamamıştı.

Hasta halen psikiyatri polikliniğinden izleniyor. Destekleyici görüşme ayda bir kez ve venlafaksin ile ketiyapine devam ediliyor. Bu bulgular hasta psikosomatik belirtilerin ön planda olduğu anksiyete bozukluğu ve eksen-II kişilik patolojisinin de tabloya eşlik ettiği, tedaviye dirençli PBH olduğu kanısına varıldı.

Hastadan görüntülerinin ve bilgilerinin paylaşılması konusunda bilgilendirilmiş olur alındı.

TARTIŞMA

Distoni anormal, sıklıkla yineleyici harekete, postüre veya her ikisine yol açan, sürekli veya aralıklı kas kasılmaları ile karakterize hareket bozukluğu olarak tanımlanmıştır.⁷ Distonilerin nedenleri arasında perinatal asfiksi, kernikterus, primer jeneralize distoni, ilaçlar, Wilson Hastalığı, dopa yanıtı distoni (Segawa Hastalığı), Hallervorden-Spatz hastalığı ve diğer mutasyonlar sayılabilirken; glutarik asidüri gibi metabolik bir hastalığın sonucu da olabilir.^{8,9} Nöroloji hareket bozukluğu servislerine yatırılan hastaların %5'i organik bir nedenle açıklanamayan psikojenik belirtiler göstermektedir.¹⁰ Nöroloji uygulamasında en sık görülen psikojenik belirtiler felçler, yürüme bozukluğu, görme ile ilgili belirtiler, yalancı epileptik nöbetler ve hareket bozukluk-

larıdır.¹¹ Bir çalışmada nöroloji kliniğinde hareket bozukluğu tanısı konan olguların %3.3'üne PHB tanısı konmuş ve bu grup içinde de en sık gözlenen hareket bozukluğu tremor olarak belirlenmiştir.¹² PHB terimi somatoform bozukluk, yapay bozukluk ve simülasyonu da barındırdığı ve bu sendromları organik hastalıklardan ayırma gerekliliği nedeniyle klinisyenler için güçlük yaratan bir tanıdır. PHB hastalarının çoğunda açıkça belirli ruhsal zorlanma yoktur ve psikiyatrik belirti göstermez. Hastamızda yakınmalar ani başlamıştı. Distraksiyonla hastanın yürüyüşü düzeliyordu. Hastalıklarının ruhsal etiyojisi olabileceğine inanmayan bu hastalar, terapötik işbirliği kurulmasına direnç gösterirler. Birçok hasta nöroloji ve psikiyatri servisleri arasında gidip gelmesine rağmen ortak formülasyon oluşturulamamakta ve bu da tatmin edici olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Ayrıca modern tanı koyucu tekniklerin yanında genel nörolojik muayenenin de hala değerli bir tanı aracı olarak kullanılması gerektiği düşünülmektedir.

Klinik uygulamada ilaç kullanımına bağlı çok sık distoni görülmektedir. Distoniye fenotiazinler, haloperidol, metoklopiramid, metilfenidat, karbamazepin gibi ilaçlar neden olmaktadır.¹³ Hastamız bu yönden sorgulandığında, özgeçmişinde iki yıl aripiprazol kullanma öyküsü vardı. Hastaya yürüyüş bozukluğu yakınması ile başka bir nöroloji kliniğinde olanzapin kullanımına bağlı distoni düşünülerek klonazepam 2 mg/gün ve gabapentin 600 mg/gün başlanmıştı. Hasta bu ilaçları altı ay kullanmasına rağmen gerginlik yakınmasının azalması şeklinde kısmen fayda görmüştü. Daha sonra başka bir nöroloji kliniğinde dopa yanıtı distoni, Parkinson hastalığı ve alt ekstremitte distonisi düşünülerek hastaya levodopa 375 mg/gün ile rasajilin 1 mg/gün başlanmış, iki ay kullanmasına rağmen hastanın yürüyüşü daha da bozulmuştu. En son iki ay önce başka bir nöroloji uzmanı tarafından hastaya triheksifenidil 7.5 mg/gün başlanmıştı. Hasta bu ilacı iki ay kullanmasına rağmen fayda görmemişti. Hastanın ağırlı kas spazmlarının olmayışı, nabızda yükselme, aşırı terleme, kan basıncı değişiklikleri, kabızlık ve idrar tutukluğu yakınmaları olmadığından ve EMG testlerinde patoloji saptanmayışından dolayı katı kişi sendromu (stiff person syndrome) düşünülmedi. Hastada gerçek dışı güçsüzlük, duysal yakınma olması, bu hareketinin dikkatle artıp distraksiyonla azalması (özellikle geriye doğru yürürken bacakta hareketin düzelmesi) ve Parkinson hastalığı-distoni düşünülerek verilen L-Dopa ve dopamin agonistlerine yanıt vermemesi, hatta hastanın daha da kötüleşmesine neden olması bize öncelikli olarak

14 Psikofarmakolojik tedavilere yanıt vermeyen bir psikojenik yürüyüş bozukluğu olgusu

PBH'yi düşündürdü. Ayrıca hastamızda yürüyüş bozukluğunun ani başlaması, hızlı ilerlemesi ve distraksiyon ile belirtilerin belirgin olarak düzelmesi, hastanın dikkati mevcut hareket bozukluğuna yöneltince hareketin şiddetinin artması,

muayenede aşırı derecede yavaşlık, abartılı efor, anatomik dağılıma uymayan duyu bozuklukları ve ihtiyatlı yürüme gibi atipik özellikler gözlemlendiğinden PHB öncelikle düşünüldü.

Yazarların katkıları: Y.A.: Olgunun nörolojik muayenesi ve poliklinik izlemesi, makale yazımı; M.Ç.: Literatür taranması, makale yazımı; A.K.: Makale yazımı.

KAYNAKLAR

1. Marjama J, Troester AI, Koller WC. Psychogenic movement disorders. *Neurologic Clinics* 1995; 13:283-297.
2. Factor S, Podskalny G, Molho E. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 59:406-412.
3. Marsden CD. Hysteria-a neurologist's view. *Psychol Med* 1986; 16:277-288.
4. Ray L. Watts, William C. Koller, Movement Disorder. Second ed., McGraw-Hill Medical Publishing 2004, p.891-910.
5. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams, JBW, Benjamin LS. Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II) Version 2.0. New York: New York State Psychiatric Institute; 1994.
6. Sorias S. (çev). SCID II Kişilik Bozuklukları Formu (DSM III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi. Türkçe versiyonu). [SCID II Personality Disorders Form (DSM III-R Turkish version)]. Ege Üniversitesi, İzmir, 1990.
7. Albanese A, Bhatia K, Bressman SB, DeLong MR, Fahn S, Fung VS, et al. Phenomenology and classification of dystonia: consensus update. *Mov Disord* 2013; 28:863-873.
8. Güner YKY, Yüksel D. Childhood dystonia. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2006; 2:16-23.
9. Behrman RE. Movement disorders. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Philadelphia: WB Saunders; 2000, p.1839-1843.
10. Ozer S, Ozcan H, Dinc GS, Ertugrul A, Rezaki M, Ulusahin A. Two Stiff Person Cases Misdiagnosed as Conversion Disorder. *Turkish Journal of Psychiatry* 2009; 20:392-397.
11. Fink P, Hansen MS, Sondergaard L. Mental illness in new neurological patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74:817-819.
12. Factor S, Podskalny G, Molho E. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 59:406-412.
13. Senecky Y, Lobel D, Diamond GW, Weitz R, Inbar D. Isolated orofacial dyskinesia: a methylphenidate-induced movement disorder. *Pediatr Neurol* 2002; 27:224-226.